

Université de Montréal

Facteurs de risque liés à la criminalité violente chez les contrevenants
psychotiques des prisons québécoises

par
Sarah Godbout

École de Criminologie
Faculté des arts et sciences

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de M. Sc. en criminologie

Août 2011

© Sarah Godbout, 2011

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :
Facteurs de risque liés à la criminalité violente chez les contrevenants
psychotiques des prisons québécoises

Présenté par :
Sarah Godbout

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Jean Proulx
Président rapporteur

Denis Lafortune
Directeur de recherche

Franca Cortoni
Membre du jury

RÉSUMÉ

Au cours des dernières décennies, de nombreuses études ont confirmé l'existence d'une relation entre les troubles mentaux graves et persistants (TMGP) et la commission de crimes violents. Les facteurs de risque associés à la violence chez les gens atteints de TMGP sont la consommation d'alcool ou de drogues, la dépression et les troubles de personnalité. Cependant, aucune étude n'a été faite auprès des détenus des prisons québécoises, c'est-à-dire, des détenus qui purgent des sentences de courte durée, afin de voir si ces constats s'appliquent aussi à cette population. La présente étude tente de vérifier si les mêmes facteurs de risque sont liés à la violence chez les détenus psychotiques des prisons du Québec. Les dossiers de la RAMQ et du système DACOR de 121 détenus ont été analysés afin de répondre à la question de recherche. Tout d'abord, des analyses statistiques descriptives et bivariées ont été effectuées. Par la suite, des régressions logistiques ont été menées afin d'identifier les meilleurs prédicteurs de comportements violents chez les contrevenants psychotiques des prisons québécoises. Il semble que ce soit davantage les antécédents judiciaires ainsi que la médication psychotrope qui a été prescrite, plutôt que les diagnostics de troubles mentaux comorbides, qui distinguent les détenus psychotiques violents des non-violents dans les prisons québécoises. Une explication possible à cette observation est que les médecins prescriraient plus en fonction de la présence de certains symptômes spécifiques qu'en fonction des diagnostics de l'axe I ou de l'axe II. Enfin, des différences significatives sont présentes entre les hommes et les femmes.

Mots-clés : troubles psychotiques, violence, prisons québécoises, médicaments psychotropes, drogue, alcool, antécédents judiciaires

ABSTRACT

During the past decades, many studies have confirmed the existence of a relationship between severe and persistent mental disorders (SPMD) and the commission of violent crimes. Risk factors associated with violence in mentally disordered violent offenders are: alcohol and drug consumption, depression and personality disorders. However, no study has been conducted among inmates serving short sentences in Québec's jails, to see if these findings apply to them. Our study attempts to verify whether the same risk factors are associated with violence among psychotic inmates of Quebec's correctional facilities. The RAMQ and DACOR files of 121 incarcerated offenders were analyzed to answer the research question. To begin, descriptive and bi-variate analyses were conducted. Then, logistic regressions were carried out to identify the best predictors of violent behaviours among Québec's psychotic offenders. It seems that it is criminal antecedents and psychotropic drugs rather than comorbid mental disorders that distinguish the violent from the non-violent psychotic offenders in Québec's jails. A possible explanation for this observation is that physicians prescribe drugs in function of the presence of specific symptoms rather than in function of axis I or axis II diagnosis. Moreover, significant differences were found between men and women.

Key-Words : psychotic disorders, violence, Quebec's correctional facilities, psychotropic drugs, illicit drugs, alcohol, criminal antecedents

TABLE DES MATIÈRES

Résumé	iii
Abstract	iv
Table des matières.....	v
Liste des tableaux.....	vii
Liste des figures	viii
Liste des sigles et abréviations	ix
Remerciements	x
Introduction	11
Chapitre 1-Recension des écrits.....	15
1. Troubles mentaux et criminalité	16
1.1 Troubles mentaux et violence	18
1.2 Troubles psychotiques et violence	19
1.2.1 Psychose due aux drogues ou à l'alcool.....	20
1.2.2 Psychose affective.....	21
1.2.3 Psychose sénile	22
1.2.4 Psychose organique et autres.....	23
1.2.5 Symptômes psychotiques spécifiques	23
1.3 Facteurs de risque.....	25
1.3.1 Drogues et alcool	26
1.3.2 Dépression	29
1.3.3 Troubles de personnalité	30
1.3.4 Médicaments psychotropes	31
1.3.5 Caractéristiques sociodémographiques	34
1.4 Prédiction de la violence	35
1.5 Portrait de la clientèle des sentences de courte durée	36
1.5.1 Portrait de la clientèle des sentences de courte durée américaine	36
1.5.2 Portrait de la clientèle des sentences de courte durée au Québec	37
1.6 Problématique	38
Chapitre 2 - Méthodologie	40
2.1 Objectifs.....	41
2.2 Plan d'échantillonnage	41
2.3 Base de données	43

2.4 Variables.....	44
2.4.1 Variables indépendantes.....	44
2.4.1.1 Caractéristiques judiciaires.....	44
2.4.1.2 Caractéristiques médicales	44
2.4.1.3 Caractéristiques sociodémographiques	45
2.4.2 Variable dépendante.....	46
2.5 Analyses statistiques	46
Chapitre 3 - Résultats.....	48
3.1 Résultats des analyses descriptives des caractéristiques des contrevenants	49
3.1.1 Profil de la criminalité.....	49
3.1.2 Profil médical relatif à la santé mentale.	52
3.1.3 Profil sociodémographique.....	58
3.2 Résultats des analyses bivariées portant sur les diverses caractéristiques des contrevenants et la violence.....	60
3.2.1 Profil de la criminalité et violence.....	60
3.2.2 Profil médical et violence.....	61
3.2.3 Caractéristiques sociodémographiques et violence	67
3.3 Résultats des régressions logistiques	68
Chapitre 4 - Discussion	71
4.1 Facteurs de risque classiques liés à la violence	73
4.1.1 Antécédents judiciaires	73
4.1.2 Drogues et alcool	74
4.2 Facteurs de risques spécifiques liés à la violence	75
4.2.1 Sous-catégories de troubles psychotiques	75
4.2.2 Troubles mentaux comorbides.....	76
4.2.3 Médicaments psychotropes	76
4.3 Caractéristiques n'étant pas en lien avec la violence	80
4.4 Limites de l'étude.....	81
4.5 Pistes pour recherches futures.....	82
Conclusion.....	83
Références	86

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Délit le plus grave motivant l’incarcération en cours le 15 décembre 2006	50
Tableau II : Répartition des diagnostics de troubles psychotiques des 121 contrevenants (période 2002-2007)	53
Tableau III : Répartition de l’ensemble des diagnostics de trouble mental attribués (période 2002-2007)	54
Tableau IV : Répartition des médicaments psychotropes prescrits aux contrevenants (période 2002-2007)	56
Tableau V : Répartition des classes de médicaments psychotropes prescrits aux contrevenants (période 2002-2007)	58
Tableau VI : Caractéristiques liées à l’âge des contrevenants	59
Tableau VII : Relations entre les antécédents de voie de fait des contrevenants et la violence	61
Tableau VIII : Relations entre les différents types de psychose et la violence	62
Tableau IX : Relations entre les caractéristiques diagnostiques des contrevenants et les crimes violents	63
Tableau X : Relations entre les caractéristiques pharmacologiques des contrevenants et la violence	64
Tableau XI : Relations entre les caractéristiques pharmacologiques (classes) des contrevenants et la violence	66
Tableau XII : Relations entre les caractéristiques liées à l’âge des contrevenants et la violence	67
Tableau XIII : Régressions logistiques des prédicteurs de la violence chez les détenus psychotiques	68

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Composition de l'échantillon.....	42
Figure 2 : Répartition des contrevenants violents et non violents (échantillon total)	51
Figure 3 : Répartition des antécédents de voie de fait (échantillon total)	52
Figure 4 : État matrimonial des contrevenants (échantillon total)	60

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

- CIM : Classification internationale des maladies
- DACOR : Dossiers administratifs correctionnels
- DGSC : Direction générale des services correctionnels du Québec
- OMS : Organisation mondiale de la santé
- RAMQ : Régime d'assurance maladie du Québec
- SNC : système nerveux central
- SPA : substances psychoactives
- SPMD : severe and persistent mental disorders
- TDAH: trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité
- TMGP : troubles mentaux graves et persistants

REMERCIEMENTS

En préambule à ce mémoire, je souhaite adresser mes remerciements les plus sincères aux personnes qui m'ont apporté leur appui et qui ont contribué à l'élaboration de ce mémoire ainsi qu'à la réussite de ma maîtrise.

Je tiens à remercier mon directeur de recherche, Denis Lafortune, qui s'est toujours montré très à l'écoute et disponible tout au long de la réalisation de ce mémoire, ainsi que pour l'inspiration, l'aide et le temps qu'il a bien voulu me consacrer et sans qui ce mémoire n'aurait jamais vu le jour.

Je veux également remercier mon amoureux, pour sa patience, sa compréhension et son soutien, sans quoi la réalisation de ce projet aurait été beaucoup plus ardue. Enfin, je remercie ma famille et mes amis, qui par leur support et leurs encouragements, ont contribué à la réalisation de ce mémoire.

INTRODUCTION

Le taux de criminalité retrouvé dans une société est sans aucun doute un élément central dans l'évaluation de la qualité de vie offerte par celle-ci. D'une part, la criminalité engendre de nombreux coûts financiers, que ce soit de façon directe ou indirecte. En effet, la criminalité engendre des coûts directs en raison des pertes engendrées par l'acte en tant que tel. Ces conséquences peuvent être assumées par les victimes directes ou bien par l'ensemble des personnes touchées par le crime. Par exemple, les clients d'une compagnie d'assurance verront leurs primes augmentées à la suite de leur réclamation pour un vol. La criminalité engendre aussi des coûts financiers indirects, entre autres, en raison des procédures judiciaires et de la prise en charge des contrevenants par le système de justice. D'autre part, la criminalité engendre des coûts sociaux. Ces coûts sont constitués des conséquences pour la victime, pour le contrevenant et pour la société. En voici quelques exemples: blessures physiques et traumatismes psychologiques pour les victimes; climat de peur et d'insécurité; modifications aux habitudes de vie des citoyens; détérioration des relations familiales et sociales du contrevenant et autres (ministère de la Sécurité publique du Québec, 1993).

Au cours des dernières années, de nombreuses études ont montré que la proportion de gens atteints de troubles mentaux dans les milieux carcéraux est nettement supérieure à celle retrouvée dans la population générale (Arboleda-Flórez, 2009; Tehrani & Mednick, 2000). Une hypothèse pouvant expliquer cette surreprésentation est celle de la criminalisation de la maladie mentale (Brink, Doherty, Boer, 2001). Brièvement, cette hypothèse soutient que les gens aux prises avec une maladie mentale se font davantage arrêter et incarcérer que le reste de la population puisqu'ils seraient plus visibles pour les policiers. Une seconde hypothèse pouvant expliquer cette surreprésentation est que les gens souffrant de troubles mentaux commettent davantage de crimes que le reste de la population, y compris des crimes violents. Plus spécifiquement, les gens aux prises avec un trouble mental grave et persistant (TMGP), tel que la schizophrénie, la dépression et le trouble bipolaire, seraient plus enclins à commettre des crimes violents que le

reste de la population (Hodgins, Mednick & Brennan, 1996). Les troubles psychotiques sont, entre autres, associés à un risque accru d'agression violente (Bourgeois, 2004).

La criminalité commise par ces gens est donc un problème préoccupant et une meilleure connaissance de ce phénomène permettrait de prodiguer de meilleurs traitements à cette population et d'effectuer une prévention plus efficace de ce type de criminalité (Hodgins, Lapalme et Toupin, 1999). De plus, une meilleure connaissance des facteurs de risque associés à la violence chez ce groupe particulier de contrevenants permettrait de mieux prédire celle-ci en favorisant l'élaboration d'outils actuariels plus efficaces (Monahan et., 2001). En regard de cela, il s'avère pertinent de tenter d'identifier ce qui distingue les contrevenants psychotiques violents de ceux qui ne le sont pas.

Les études existantes sur les facteurs de risque liés à la violence chez les personnes souffrant de TMGP tendent à montrer que la consommation de drogue ou d'alcool est fortement associée à la violence (Monahan et Appelbaum, 2000). Par ailleurs, la présence d'autres troubles mentaux en comorbidité, comme un trouble de personnalité ou une dépression semble aussi augmenter les risques de violence (Hodgins et al., 1999; Hodgins, 2008). Enfin, l'usage de certains médicaments psychotropes semble être associé à une réduction des comportements violents chez les gens aux prises avec un trouble psychotique (Tiihonen, 2001). À la suite de ces constats, il est possible de se demander s'ils sont applicables aux détenus des prisons québécoises puisqu'aucune étude de ce genre n'a été faite auprès d'eux. En effet, de nombreuses études portant sur ce sujet ont été faites auprès des gens hospitalisés de façon involontaire, mais pas auprès de gens purgeant une sentence de courte durée dans un établissement carcéral.

L'objectif principal de ce mémoire est donc de déterminer ce qui distingue les contrevenants psychotiques violents des contrevenants psychotiques non violents

dans les prisons ou établissements de détention québécois. Pour atteindre ce but, des régressions logistiques seront menées. Elles permettront de dresser un portrait de leurs caractéristiques respectives. L'échantillon utilisé dans le cadre de ce mémoire est composé de 121 contrevenants, issus des prisons québécoises. Ces derniers ont été sélectionnés parmi les 4000 personnes détenues dans les 17 prisons du Québec, en date du 15 décembre 2006. L'échantillon est composé uniquement de détenus souffrant de troubles psychotiques. Les données, à cet égard, proviennent de deux sources d'information distinctes, soit la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et le système informatique des Dossiers Administratifs Correctionnels (DACOR) de la Direction générale des services correctionnels (DGSC).

En excluant l'introduction et la conclusion, ce mémoire comporte quatre chapitres. Le chapitre 1 présente la recension des écrits. Elle est constituée de quatre sections : les statistiques portant sur les crimes violents commis par des personnes souffrant de troubles psychotiques, les facteurs de risques liés à la violence chez les personnes aux prises avec un trouble psychotique; la prédiction des comportements violents et les caractéristiques des contrevenants purgeant des sentences de courte durée. Le chapitre 2 constitue la section méthodologique. Elle aborde entre autres les objectifs du mémoire, l'échantillon utilisé, les variables et les analyses statistiques effectuées. Le chapitre 3 présente les résultats des analyses effectuées. Enfin, le chapitre 4 fournit l'interprétation des résultats rapportés au chapitre précédent et les limites de l'étude.

CHAPITRE 1

RECENSION DES ÉCRITS

Depuis les vingt dernières années, les études démontrant que les personnes souffrant de troubles mentaux graves et persistants (TMGP) commettent davantage de crimes violents que le reste de la population se sont accumulées (Hodgins et al., 1999; Hodgins et al., 1996). Pour de nombreux chercheurs, il ne fait maintenant plus de doute quant à cette association. Trois approches distinctes sont présentes dans la littérature pour étudier le lien entre la violence et les troubles mentaux (Walsh, Buchanan & Fahy, 2002). La première consiste à étudier un groupe de gens souffrant de troubles mentaux et à évaluer la prévalence de la violence chez ceux-ci. La deuxième approche consiste à étudier un groupe de gens qui ont commis des crimes violents et à évaluer la prévalence de troubles mentaux chez ces derniers. Enfin, la troisième consiste à faire des études de cohorte, c'est-à-dire à étudier un grand groupe qui contient des gens qui souffrent de troubles mentaux, des gens sains, des gens qui ont commis des délits violents et des gens exempts de dossiers criminels et à observer les différentes relations qui en ressortent. Ces trois types d'études rapportent des résultats similaires quant au lien entre les troubles mentaux et la criminalité violente (Hodgins et al., 1999).

1. TROUBLES MENTAUX ET CRIMINALITÉ

Avant de s'attarder spécifiquement à la violence perpétrée par les gens souffrant de troubles mentaux, abordons d'abord la question de la criminalité générale chez ces personnes. Comme mentionné en introduction, les études des dernières décennies indiquent que les gens aux prises avec un trouble mental sont plus à risque que la population générale de commettre des délits criminels, tous types de délits confondus (Tehrani & Mednick, 2000). Dans une étude menée auprès de personnes internées en psychiatrie en raison d'un trouble mental grave, Hodgins, Alderton, Cree, Aboud et Mak (2007) soutiennent que ces personnes présentent un risque de trois à huit fois plus élevé d'avoir été condamnées pour un acte criminel par le passé que la population générale. Par ailleurs, une étude de cohorte effectuée en Finlande révèle que les personnes souffrant de schizophrénie seraient trois fois

plus à risque d'être condamnées pour un crime que le reste de la population et que les gens souffrant de troubles de l'humeur avec des symptômes psychotiques seraient six fois plus à risque d'être condamnées pour un acte criminel quelconque (Tiihonen, Isohanni, Räsänen, Koiranen et Moring, 1997). Wallace, Mullen et Burgess (2004), dans une étude menée en Australie auprès des gens ayant été hospitalisés une première fois en raison d'une schizophrénie, rapportent que ces personnes seraient significativement plus à risque d'être incarcérées pour un délit criminel que la population générale. Plus spécifiquement, en ce qui a trait à la prévalence à vie, 21,6% des personnes ayant été hospitalisées en raison de leur schizophrénie avaient reçu une condamnation criminelle, alors que ce taux s'élevait à 7,8% pour l'échantillon contrôle issu de la communauté. Concernant les cinq années suivant cette première hospitalisation, 10,2% des gens hospitalisés avaient reçu une condamnation criminelle, alors que pour l'échantillon contrôle, c'était 2,3% seulement.

Comme mentionné ci-haut, les gens souffrant de TMGP sont largement surreprésentés dans les milieux carcéraux (Fazel & Danesh, 2002). En effet, les gens souffrant de troubles psychotiques ou de dépression majeure seraient deux à quatre fois plus nombreux dans les milieux carcéraux par rapport à la population générale. À titre de comparaison, le trouble de personnalité antisociale serait dix fois plus fréquent chez la population carcérale par rapport à la population générale. Par ailleurs, une étude effectuée par Prince, Akincigil et Bromet (2007) rapporte que parmi un échantillon de 538 individus hospitalisés pour une première fois en raison d'un trouble psychotique, 10% d'entre eux furent incarcérés dans les quatre années suivant cette première hospitalisation. De plus, parmi ce 10%, un nombre significatif d'entre eux fut incarcéré à de multiples reprises. Bref, peu importe le type d'étude, il s'avère que les gens aux prises avec un trouble mental sont plus susceptibles de commettre des délits criminels que les gens exempts de tels troubles.

1.1 TROUBLES MENTAUX ET VIOLENCE

Les gens aux prises avec un trouble mental commettraient non seulement plus de crimes que le reste de la population, mais aussi plus de crimes violents. Hodgins et al. (2007) rapportent, dans une étude menée auprès de 205 patients hospitalisés pour un TMGP, que 50% des hommes et 18% des femmes avaient déjà commis au moins une voie de fait grave. Les comportements violents étaient aussi très fréquents dans cet échantillon, avec 59% des hommes et 33% des femmes qui en avaient commis au moins un au cours des six derniers mois. Toujours dans cet échantillon, 56% des hommes avaient à leur actif au moins une condamnation criminelle pour un délit violent. Par ailleurs, une étude de cohorte menée par Brennan, Mednick et Hodgins (2000) soutient que les gens atteints de TMGP commettent un plus grand nombre de délits violents que les gens de la population générale. Ainsi, dans leur échantillon, 2,2% des hommes souffraient d'un TMGP alors qu'ils étaient responsables de 10% de tous les crimes violents commis par des hommes. L'écart est encore plus grand lorsqu'il s'agit des femmes. De plus, 2,6% des femmes de l'échantillon souffraient d'un TMGP alors qu'elles étaient responsables de 16% de tous les crimes violents commis par des femmes. Une autre étude de cohorte, menée cette fois par Arseneault, Moffit, Caspi, Taylor et Silva (2000) auprès de Danois, rapporte que les personnes souffrant d'une dépendance à l'alcool, d'une dépendance à la marijuana ou de schizophrénie constituaient seulement 20% de leur échantillon alors qu'elles étaient responsables de plus de la moitié des crimes violents. Les auteurs soutiennent également que les personnes aux prises avec deux de ces troubles seraient huit à 18 fois plus à risque de commettre un délit violent. Encore une fois, on constate que peu importe le type d'étude, les résultats supportent la thèse selon laquelle les personnes aux prises avec un trouble mental commettent plus de délits violents que celle du reste de la population.

1.2 TROUBLES PSYCHOTIQUES ET VIOLENCE

Des études portant spécifiquement sur les troubles psychotiques arrivent à la conclusion que les gens souffrant de ces troubles sont plus à risque de commettre des crimes violents. Selon une étude de cohorte effectuée auprès de la population finlandaise, les personnes souffrant de schizophrénie seraient sept fois plus à risque de commettre des crimes violents que la population générale et les gens souffrant d'un trouble de l'humeur avec composantes psychotiques seraient presque neuf fois plus à risque d'en commettre (Tiihonen et al., 1997). Dans une étude de Brennan et al. (2000), les hommes souffrant de schizophrénie, admis pour la première fois dans un hôpital psychiatrique, présentaient un risque 4,6 fois plus élevé de commettre un crime violent. Ce risque était 23,2 fois plus élevé pour les femmes schizophrènes. Dans une étude d'Arsenault et al. (2000), menée auprès d'un échantillon de 961 personnes, 572 d'entre-elles ne souffraient d'aucun trouble mental et parmi elles, seulement 7 (1,2%) avaient commis un crime violent au cours de la dernière année. Par contre, 39 personnes de cet échantillon souffraient de schizophrénie et parmi elles, 6 (15%) avaient commis un crime violent au cours de la dernière année. Il y a donc une différence considérable entre la prévalence de crimes violents chez les personnes schizophrènes et les personnes ne souffrant pas de ce trouble.

Dans le même ordre d'idée, Hodgins (2008) soutient que les personnes souffrant de schizophrénie contribuent de façon disproportionnée au taux de criminalité violente. De plus, l'auteure soutient que ce constat jouit d'un soutien empirique robuste étant donné qu'il a été observé par différentes équipes de chercheurs, dans différents pays, présentant des systèmes de santé et de justice différents. Hodgins soutient également que les crimes violents, dont sont accusées les personnes souffrant de schizophrénie dans les diverses études, sont des crimes qui ont été commis en communauté et non en milieu psychiatrique. En effet, un pourcentage minime des agressions commises en milieux psychiatriques se traduit par des accusations criminelles.

1.2.1 PSYCHOSE DUE AUX DROGUES OU À L'ALCOOL

Bien que la schizophrénie soit le trouble psychotique le plus connu, il existe une multitude de troubles psychotiques. La section suivante fera un survol des études qui traitent du lien entre les divers troubles psychotiques et la violence.

La consommation de substances psychoactives (SPA) peut parfois engendrer un état de psychose chez la personne qui les consomme. Les gens souffrant d'un tel trouble seraient eux aussi plus à risque de commettre des délits violents que le reste de la population. Par contre, peu d'études portent spécifiquement sur la psychose engendrée par l'alcool ou les drogues. Voici ce qui a été trouvé sur le sujet.

Boles et Miotto (2003) définissent la psychose due à l'alcool ou aux drogues comme un état qui se caractérise par des délires de paranoïa et des hallucinations, qui se manifestent lors de la consommation des SPA ou après la consommation. Les auteurs affirment que cet état de psychose peut nuire au jugement et aux cognitions et ainsi amener la personne à adopter des comportements impulsifs et destructeurs. De plus, les auteurs affirment que c'est habituellement la consommation de psychostimulants, et tout particulièrement d'amphétamines, qui mènerait à la violence. La psychose induite par les amphétamines a été décrite comme étant passagère, prolongée ou persistante (Fischman & Haney, 1999). Les méthamphétamines, qui sont deux fois plus puissantes que les amphétamines sont aussi associées aux psychoses et à la violence (National Institute on Drug Abuse, 1998; Centre québécois de lutte aux dépendances, 2006). En effet, diverses manifestations psychotiques comme des troubles paranoïdes, des délires obsessionnels et des hallucinations pouvant mener jusqu'aux comportements violents peuvent se manifester sous l'effet de cette SPA. Ces comportements violents seraient engendrés par l'impression de danger imminent. Par ailleurs, une étude menée par Tiihonen et al. (1997) arrive à la conclusion que la psychose induite par l'alcool est l'un des deux troubles les plus associés aux comportements violents,

l'autre trouble étant la schizophrénie lorsqu'elle est accompagnée d'une dépendance à l'alcool.

1.2.2 PSYCHOSES AFFECTIVES

Les psychoses affectives, selon la *Classification internationale des maladies* (Organisation mondiale de la santé [OMS], 1993), se définissent comme des troubles mentaux, généralement récurrents, constitués de symptômes liés à l'humeur (dépression ou manie) accompagnés d'un ou plusieurs des symptômes psychotiques suivants: délires, désordre des perceptions, hallucinations). Les psychoses affectives incluent la psychose maniaque dépressive forme circulaire, forme maniaque, forme dépressive et forme mixte. Ces psychoses semblent aussi être associées à un risque accru de délits violents. Brennan et al. (2000) soutiennent que les gens souffrant de ce trouble seraient deux fois plus à risque que la population générale d'être accusés criminellement pour un délit violent. Une étude effectuée par Wallace, Mullen, Burgess, Palmer, Ruschena et Browne (1998), qui a fusionné les dossiers criminels et les dossiers médicaux de 4156 personnes, arrive à la conclusion que la psychose affective triplerait le risque de commission de délits violents et quintuplerait le risque d'homicide. Par ailleurs, Yesavage (1983) constate que les gens souffrant du trouble bipolaire seraient plus à risque que la population régulière d'adopter des comportements violents, particulièrement en phase maniaque. De plus, Feldmann (2001) rapporte que les patients bipolaires, hospitalisés en psychiatrie, seraient plus à risque d'être violents que les patients schizophrènes. Enfin, dans une étude de cohorte menée au Danemark par Arseneault et al. (2000), les auteurs observent que les gens souffrant de manie seraient cinq fois plus à risque que la population générale de commettre un délit violent. En somme, de nombreuses études supportent l'hypothèse selon laquelle les gens aux prises avec une psychose affective seraient plus violents que la population générale.

1.2.3 PSYCHOSE SÉNILE

En raison du vieillissement de la population que connaît le Québec à l'heure actuelle, de plus en plus de gens souffrent de démence. Les deux démences les plus répandues chez les personnes âgées sont l'Alzheimer et la démence vasculaire (Steinberg, Sheppard, Tschanz, Norton, Steffens, Breitner & Lyketsos, 2003). Les démences ou psychoses séniles ou préséniles seraient également des troubles pouvant engendrer de la violence chez les personnes qui en souffrent. De ce fait, Pollock, Mulsant, Rosen, Sweet, Mazumdar, Bharucha, Marin, Jacob, Huber, Kastango et Chew (2002) rapportent que la maladie d'Alzheimer peut fréquemment engendrer des symptômes psychotiques tels que des hallucinations et des délires et ainsi mener à des agressions physiques envers les autres. Plus spécifiquement, Steinberg et al. (2003) rapportent que les personnes souffrant de démence présentent des symptômes psychotiques, tels des hallucinations, dans 16% des cas et des délires dans 28% des cas. L'agitation et des comportements d'agression sont quant à eux présents chez 16% des individus souffrant de démence. Ces comportements violents se manifestent très souvent envers l'entourage, comme le conjoint ou la famille, qui tente de prendre soin de la personne démente. Cela a fréquemment comme conséquence le placement de la personne démente en centre de soins de longue durée.

Par ailleurs, une étude de Lyketsos, Steinberg, Tschanz, Norton, Steffens et Breitner (2000) soutient que les hallucinations seraient présentes chez 13,7% des personnes démentes, par rapport à 0,6% chez les personnes non démentes. Les délires quant à eux seraient présents chez 18,5% des personnes souffrant de démence en comparaison avec 2,4% des personnes n'en souffrant pas. Enfin, l'agitation et les comportements d'agression seraient présents chez 23,7% des personnes démentes par rapport à 2,8% des personnes non démentes. Les auteurs observent aussi que les délires et les comportements d'agitation et d'agression seraient beaucoup plus fréquents chez les personnes souffrant d'Alzheimer en

comparaison aux personnes souffrant de la démence vasculaire. Les hallucinations seraient quant à elles aussi répandues chez les deux groupes. De plus, les comportements d'agitation et d'agression semblent être de plus en plus présents à mesure que la maladie progresse, passant de 12,7% dans les premières phases de la maladie à 28,6% dans les dernières phases de la maladie.

1.2.4 PSYCHOSES ORGANIQUES ET AUTRES

Les psychoses d'origine organique se définissent comme des troubles qui ont pour cause une maladie, une blessure ou un dysfonctionnement au niveau cérébral qui engendrent des symptômes psychotiques tels des délires et des hallucinations (OMS, 1993). Les psychoses organiques semblent elles aussi être associées à un risque accru de violence. Cependant, peu d'études portent précisément sur ces formes de psychoses. Une étude de cohorte réalisée par Brennan et al. (2000), rapporte que les hommes souffrant d'une psychose organique présenteraient presque neuf fois plus de risques d'être violents que la population générale. Par ailleurs, Tiihonen et al. (1997) rapportent que les troubles faisant partie de la catégorie « syndromes et troubles mentaux organiques », dont font partie les psychoses organiques, augmenteraient de huit fois les risques de commission de crimes violents chez les personnes qui en souffrent. L'état délirant et les autres psychoses non organiques ne sont que très rarement abordés de manière spécifique dans les études. Toujours dans l'étude de Tiihonen et al. (1997), on soutient que ces troubles augmentent de 5,5 fois les risques de crimes violents.

1.2.5 SYMPTÔMES PSYCHOTIQUES SPÉCIFIQUES

Les études portant sur les symptômes psychotiques spécifiques associés à la violence obtiennent des résultats divergents (Milton, Amin, Singh, Harrison, Jones, Croudace, Medley & Brewin, 2001). En effet, aucun consensus n'existe quant aux

symptômes qui sont davantage liés au passage à l'acte. La section suivante exposera les différentes observations rapportées dans la littérature.

Mojtabai (2006) a mené une étude auprès d'un échantillon de personnes n'ayant reçu aucun diagnostic de trouble psychotique. Suite à l'observation de celles-ci, il conclut que les symptômes psychotiques, quels qu'ils soient, sont présents dans la population générale, chez 5,1% des gens. Les gens ayant de tels symptômes seraient 5,7 fois plus à risque d'être violents envers autrui ou d'agresser autrui dans le but de le blesser. De plus, ils seraient cinq fois plus à risque d'être violents envers leur conjoint, cinq fois plus à risque d'être arrêtés pour une voie de fait grave et 3,7 fois plus à risque d'être arrêtés pour une voie de fait. Enfin, l'auteur observe qu'il y a une relation dose-réponse entre le nombre de symptômes psychotiques et la fréquence des comportements violents, c'est-à-dire que plus l'individu présente de symptômes psychotiques, plus il est porté à adopter des comportements violents fréquemment.

Chez les gens souffrant de troubles psychotiques, tel que rapporté par Junginger, Parks-Levy et McGuire (1998), les hallucinations représenteraient un facteur de risque modéré lié à la violence. Parmi leur échantillon de 54 personnes, 40% ont rapporté qu'au moins un de leurs actes violents était motivé par des hallucinations les incitant à agir ainsi.

Par ailleurs, Swanson, Borum, Swartz et Mohanan (1996) soutiennent que les symptômes psychotiques les plus associés à la violence sont les symptômes de type « *threat/control override symptoms* »¹. Ces symptômes ont été identifiés pour la première fois par Link et Stueve (1994). Cependant, contrairement à Link et Stueve, qui observaient que le statut du patient (interné ou en communauté) n'avait pas d'effet sur le risque qu'il adopte des comportements violents, Swanson et al. (1996)

¹ La traduction « Symptômes de menace et/ou de perte de contrôle » sera utilisée pour le reste du texte

observent que le statut du patient a un effet sur le risque qu'il soit violent, même en contrôlant pour l'effet des symptômes de menace et/ou de perte de contrôle. De plus, les auteurs soutiennent que le risque est augmenté de beaucoup lorsque les symptômes de menace et/ou de perte de contrôle sont accompagnés d'une consommation de drogue ou d'alcool. Par contre, Appelbaum, Clark Robbins et Monahan (2000) rapportent dans une étude, effectuée auprès de 1136 personnes récemment libérées de l'hôpital psychiatrique où elles étaient internées, que les symptômes de menace et/ou de perte de contrôle ne sont pas associés à un plus grand nombre de comportements violents.

Link, Stueve et Phelan (1998) ont mené une étude dans le but de décomposer le concept de menace et/ou perte de contrôle et de connaître quelles composantes sont davantage associées à la violence. Ils ont divisé le concept, originalement proposé par Link et Stueve, en cinq composantes distinctes : délires de contrôle; délires de persécution; sentiment d'avoir l'esprit contrôlé par une force extérieure; sentiment d'avoir des pensées imposées et la conviction que certaines personnes nous veulent du mal. À la suite d'analyses bivariées, les auteurs concluent que ces cinq composantes sont liées aux comportements violents. Par contre, à la suite des régressions logistiques, ils concluent que seuls les délires de contrôle et la conviction que les autres nous veulent du mal arrivent à prédire la commission d'actes violents chez les psychotiques.

1.3 FACTEURS DE RISQUE

Les facteurs de risque se définissent comme des caractéristiques ou des traits, présents chez une personne, qui peuvent être mis en relation statistique avec la criminalité ou la violence (Ouimet, 2009). Il est possible de recenser dans la littérature différents facteurs de risque associés à la commission de délits violents chez les sujets souffrant de TMGP ou de troubles psychotiques plus spécifiquement.

1.3.1 DROGUES ET ALCOOL

Un premier facteur de risque qui semble être déterminant dans la prédiction de la violence chez cette population est la consommation de drogues ou d'alcool. Selon Goldstein (1985), la violence peut être reliée aux SPA par trois différents mécanismes. Le premier est le modèle psychopharmacologique. Il s'applique lorsque la personne est sous l'influence des SPA. Celles-ci engendreraient de l'excitabilité, de l'irritabilité, de la paranoïa ou un comportement violent. De plus, elles peuvent engendrer des changements au niveau des cognitions, des réactions émotives et des fonctions physiologiques et hormonales. Selon l'auteur, les substances les plus liées à la violence psychopharmacologique seraient l'alcool, les stimulants, le PCP et les barbituriques. Le deuxième mécanisme qui lie les SPA à la violence est le modèle systémique. Selon ce modèle, la violence ferait partie intrinsèquement des réseaux de vente et d'achat de drogues. Enfin, le troisième mécanisme qui lie la violence aux SPA est le modèle économico-compulsif. Celui-ci soutient que les personnes consommant des SPA deviendraient violentes lorsqu'elles ont besoin d'argent pour subvenir à leurs besoins en drogues, qui peuvent parfois être très dispendieuses, comme la cocaïne et l'héroïne. Toujours selon Goldstein, les trois processus peuvent avoir lieu au cours d'un même acte de violence.

Un article de Poullot, Lafortune et Brochu (2008), qui propose une adaptation du modèle tripartite de Goldstein, pose une hypothèse pour expliquer le lien entre la violence et la consommation de SPA chez les gens souffrant de troubles psychotiques. Premièrement, les SPA engendreraient souvent une désinhibition et une instabilité sociale chez les gens de la population générale qui les consomment, alors probablement aussi chez les gens souffrant de troubles psychotiques. Deuxièmement, les gens souffrant d'un TMGP seraient plus sensibles aux SPA que le reste de la population, donc lorsqu'ils en consomment, même en petite quantité, ils présenteraient les effets de désinhibition et d'instabilité sociale, tels que vécus par la population générale à des doses plus fortes. Troisièmement, cette hypersensibilité causerait une exacerbation des symptômes de la maladie, ce qui augmenterait les

risques de violence puisqu'ils présenteraient déjà un risque accru d'être violents par rapport à la population générale.

De nombreuses études portant sur la consommation de drogues chez les gens souffrant de TMGP soutiennent qu'il s'agit d'un facteur de risque important. L'étude MacArthur (Monahan et al., 2001) soutient qu'un diagnostic d'abus de substances en comorbidité avec un autre trouble mental est un fort prédicteur de violence. Selon Monahan et Appelbaum (2000), parmi leur échantillon, 5,4% des personnes souffrant uniquement de schizophrénie avaient commis un acte violent alors que ce pourcentage augmente à 11,8% pour les personnes souffrant de schizophrénie et d'un trouble lié aux substances. En ce qui concerne les autres troubles psychotiques, 12,5% avaient commis un acte violent parmi ceux ayant seulement le trouble, alors que ceux ayant un double diagnostic avaient commis un acte violent dans 23,1% des cas. Enfin, en ce qui concerne la psychose affective, l'écart est moindre puisque 14,3% des gens ayant seulement ce trouble avaient commis un acte violent alors que ceux ayant un double diagnostic avaient commis un acte violent dans 16,7 % des cas.

Une étude longitudinale de Fazel, Langström, Hjern, Grann et Lichtenstein (2009) montre que les gens souffrant de schizophrénie en général commettent des délits violents dans 13,2% des cas alors que les personnes souffrant de schizophrénie et d'un trouble d'abus de substances commettent des délits violents dans 27,6% des cas. Les auteurs affirment même que le risque de violence est le même chez les personnes souffrant de schizophrénie sans trouble lié aux substances en comorbidité que chez la population générale (*odds ratio* de 1,2). Les personnes ayant un double diagnostic seraient donc quatre fois plus à risque que la population générale de commettre des délits violents.

Swanson, Holzer, Ganju et Jono (1990) soutiennent que les personnes souffrant uniquement de schizophrénie seraient violentes dans 8,4% des cas alors

que les personnes souffrant de schizophrénie et de toxicomanie seraient violentes dans une proportion de 30%.

Une étude de Swartz, Swanson, Hiday, Borum, Wagner et Burns (1998a) portant sur 331 personnes internées en psychiatrie de façon involontaire, souffrant de TMGP, observe que les personnes souffrant d'un trouble lié aux substances, en comorbidité avec leur trouble, seraient deux fois plus à risque de commettre des délits violents graves.

Wallace et al. (2004) ont mené une étude auprès de 2 861 patients australiens hospitalisés en raison de la schizophrénie. Ils observent que parmi les patients souffrant uniquement de schizophrénie, 7,4% d'entre eux avaient reçu au cours de leur vie au moins une condamnation criminelle pour un délit violent alors que cette proportion était de 29,7% pour les patients ayant reçu un diagnostic d'abus de substances.

Par ailleurs Swartz, Swanson, Hiday, Borum, Wagner et Burns (1998b) ont réalisé une autre étude auprès de gens internés en psychiatrie, portant sur la consommation de SPA chez les gens souffrant de TMGP. Les auteurs soutiennent que les comportements violents sont présents chez les gens souffrant uniquement d'un TMGP, dans une proportion de 13,2%, alors qu'ils sont présents à 29% chez les gens consommant de l'alcool et de la drogue. De plus, les auteurs soutiennent que le cannabis et la cocaïne/crack sont les substances les plus consommées par cette clientèle et qu'elles sont associées à la violence grave. La consommation de psychostimulants est moins fréquente. Par contre, elle est aussi associée à des actes de violence graves.

Dans une revue de littérature, Smith et Hucker (1994) soutiennent que de nombreuses études supportent l'hypothèse selon laquelle la consommation d'alcool ou de drogues augmente les risques de violence chez les personnes schizophrènes.

D'autre part, Hodgins et al. (1999) obtiennent des résultats qui divergent des derniers résultats présentés. En effet, ces derniers observent, dans une étude menée auprès de patients relâchés de l'hôpital psychiatrique où ils étaient internés, que la consommation de drogues chez les personnes schizophrènes n'augmente pas le risque de criminalité. Ainsi, les personnes condamnées pour un acte criminel n'étaient pas significativement en plus grande proportion des consommateurs de drogues. Cependant, l'étude ne spécifie pas pour quel genre de crime.

1.3.2 DÉPRESSION

Un autre facteur qui semble associé à la violence chez les gens souffrant d'un trouble psychotique est la présence d'une dépression. Dans une étude de prévalence effectuée auprès de détenus fédéraux des pénitenciers canadiens, Brink et al. (2001) rapportent que 52,9% des détenus souffrant d'un trouble psychotique souffrent également d'un trouble de l'humeur.

D'autre part, Swanson et al. (1990) rapportent que les gens atteints uniquement de schizophrénie seraient violents dans une proportion de 8,4% alors que ceux souffrant de schizophrénie et de dépression en comorbidité seraient violents dans une proportion de 21,1%. Cependant, l'étude de Swanson comportait un échantillon de petite taille.

Par ailleurs, Hodgins (2008) rapporte que, lorsque les symptômes positifs des gens ayant un trouble psychotique sont accompagnés de symptômes dépressifs, le risque qu'ils adoptent des comportements agressifs est plus élevé qu'en absence de ces symptômes dépressifs.

Hodgins, Hiscoke et Freese (2003) observent parmi un échantillon de personnes schizophrènes, récemment libérées de l'hôpital psychiatrique où elles étaient internées, que celles qui avaient adopté des comportements agressifs

souffraient plus souvent de dépression que celles qui n'avaient pas adopté de tels comportements. De plus, selon Modestin, Hug et Amman (1997), la dépression en soi est un facteur de risque lié à la violence, alors il est plausible de penser qu'en comorbidité avec un trouble psychotique, elle augmentera les risques de violence

1.3.3 TROUBLES DE PERSONNALITÉ

La présence d'un trouble de personnalité, particulièrement le trouble de personnalité antisociale, semble être associée aux délits violents chez les sujets souffrant d'un autre trouble mental. Hodgins et al. (1999) révèlent que 64% des détenus schizophrènes condamnés pour un acte criminel souffraient également d'un trouble de personnalité antisociale. Ce taux s'élevait à 21% chez les schizophrènes n'ayant pas été condamnés pour un acte criminel.

Brennan et al. (2000) rapportent dans une étude que parmi des gens souffrant uniquement de schizophrénie, 9,9% d'entre eux avaient reçu une condamnation pour un crime violent et que pour d'autres types de psychoses, ce pourcentage variait de 2,9% (psychose affective) à 15,3% (psychose organique). Parmi les gens souffrant de schizophrénie et d'un trouble de personnalité, 13,6% avaient reçu une condamnation pour un délit violent. Pour les autres types de psychoses avec un trouble de personnalité en comorbidité, ce pourcentage allait de 8,7% (psychose affective) à 27, 5% (psychose organique).

Une étude de Moran, Walsh, Tyrer, Burns, Creed et Fahy (2003) soutient que les troubles de personnalité chez les personnes souffrant de schizophrénie augmentent les risques de violence. En effet, les personnes schizophrènes souffrant d'un trouble de personnalité présentaient un risque deux fois plus élevé de commettre un acte violent en comparaison avec les personnes souffrant seulement de schizophrénie. Lorsque les troubles de personnalité étaient analysés de façon

séparée, les troubles de personnalité impulsive, antisociale et paranoïde étaient significativement associés à un risque accru de violence.

Quant à la psychopathie, qui présente beaucoup de ressemblances avec le trouble de personnalité antisociale, selon Monahan et al. (2001), il s'agit du meilleur prédicteur de comportements violents. De plus, selon Feldmann (2001), les agressions de prédation sont très fréquentes chez les gens souffrant de psychopathie. Les agressions de prédateurs se définissent comme des actes de violence planifiés, qui n'engendrent aucune émotion chez l'agresseur et où aucun des torts causés à la victime n'est perçu par cet agresseur. Plus spécifiquement, les personnes schizophrènes qui souffrent de psychopathie, en comorbidité, sont plus à risque de commettre des délits violents que celles qui n'en souffrent pas (Nolan, Volavka, Mohr & Czobor, 1999). Ces personnes présentent aussi un risque accru de récurrence violente (Tengström, Grann, Langström & Kullgren, 2000).

1.3.4 MÉDICAMENT PSYCHOTROPE.

Des études portant sur certains médicaments psychotropes spécifiques ont été réalisées afin de déterminer leur efficacité par rapport aux comportements violents. Kissling (1995) rapporte que certains médicaments neuroleptiques intramusculaires seraient efficaces dans la prévention des rechutes psychotiques étant donné qu'ils ne requièrent pas d'être consommés de façon quotidienne par les patients.

Fava (1997), dans une étude portant sur la violence pathologique, rapporte que les antipsychotiques de première génération comme la phénothiazine, le butyrophenone, le pimozide et le thioxanthine sont efficaces pour réduire les comportements violents chez les personnes souffrant d'un trouble psychotique. Par contre, chez certaines personnes, ces médicaments sont inefficaces pour réduire les comportements violents malgré le fait qu'ils réussissent à améliorer grandement les symptômes psychotiques. L'auteur rapporte aussi que certains médicaments bêta-

bloqueurs, comme le nadolol et le propranolol, seraient efficaces contre les comportements violents, chez les gens aux prises avec un trouble psychotique.

Par ailleurs, la clozapine, un antipsychotique atypique ou de deuxième génération, serait efficace contre l'agressivité et risquerait d'être consommée de façon plus assidue par les patients étant donné qu'elle n'engendre pas d'effets secondaires majeurs, comme des symptômes extrapyramidaux (pseudo-Parkinson) que d'autres médicaments antipsychotiques engendrent (Citrome, Volavka, Czobor, Sheitman, Lindermayer, McEvoy, Cooper, Chakos & Lieberman, 2001).

Une étude portant sur la combinaison du divalproex sodique, un stabilisateur de l'humeur, avec de l'olanzapine ou du risperidone, montre que ces combinaisons seraient plus efficaces pour diminuer les comportements violents des patients souffrant de troubles psychotiques que l'utilisation de l'olanzapine ou du risperidone seul (Citrome, Casey, Daniel, Wozniack, Kochan & Tracy, 2004). Cependant, l'effet n'a été observé que lors de la première semaine de traitement. Des études supplémentaires sont donc nécessaires afin de confirmer ces observations.

Un antidépresseur, le citalopram, serait efficace dans la réduction de l'agitation et des comportements agressifs chez les gens souffrant d'Alzheimer qui présentent des symptômes psychotiques (Pollock et al., 2002).

Le lithium, un stabilisateur de l'humeur, aurait la propriété de réduire les comportements violents et agressifs, du moins chez les enfants et les adolescents souffrant d'un trouble de la conduite (Malone, Delaney, Luebbert, Cater & Campbell, 2000).

Une mauvaise observance de la médication psychotrope prescrite par le médecin traitant semble aussi être un bon prédicteur de la violence chez les gens souffrant de troubles psychotiques. Buchanan et David (1994) rapportent que

l'observance, parmi la population souffrant d'un trouble mental, varie de 11% à 80%. Les différentes raisons évoquées par les patients pour justifier leur inobservance sont le refus d'accepter la maladie, les préjugés défavorables quant à la capacité de la médication de traiter les maladies mentales et les effets secondaires, actuels ou appréhendés, engendrés par la médication (Kissling, 1995).

Dans une étude de Swartz et al. (1998a), on soutient que la combinaison de l'inobservance de la médication psychotrope avec la consommation de drogues ou d'alcool est associée à une augmentation significative des risques de violence. Cependant, il semble que ni la consommation de drogues/alcool seule, ni l'inobservance de la médication psychotrope seule ne fait augmenter les risques de passage à l'acte. Les résultats de cette étude sont toutefois discutables puisqu'elle présente de nombreuses limites, comme le fait que l'échantillon était constitué de gens hospitalisés contre leur gré donc considérés comme très dangereux. Une étude faite à l'aide d'un autre échantillon obtiendrait possiblement des résultats différents.

Par ailleurs, Torrey (1994) rapporte que l'inobservance de la médication psychotrope est un facteur de risque important lié à la violence future chez les gens aux prises de TMGP. Tiihonen (2001) rapporte, dans une étude portant sur la récurrence, que 70% des récidivistes d'homicide avaient cessé de consulter leur médecin et de prendre leur médication psychotrope. Buchanan et David (1994) rapportent que divers facteurs peuvent augmenter l'observance du patient. Tout d'abord, la qualité de la relation entre le patient et le médecin semble être déterminante. De plus, le patient qui a le sentiment d'avoir participé au choix de son traitement en discutant avec son médecin a de plus fortes chances de la prendre de façon assidue.

1.3.5 CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

Diverses caractéristiques sociodémographiques sont associées à la violence chez les personnes psychotiques spécifiquement. Tout d'abord, les hommes souffrant de troubles mentaux semblent être plus à risque que les femmes d'adopter des comportements violents (Monahan et al., 2001; Milton et al., 2001). De plus, la violence perpétrée par les hommes mènerait plus fréquemment à des hospitalisations et à des arrestations, comparativement à celle perpétrée par les femmes.

L'âge semble également être en relation avec le risque de violence (Milton et al., 2001; Monahan, 1992). Ainsi, plus les personnes atteintes d'un trouble mental sont jeunes, plus elles seraient à risque d'être violentes (Monahan & Appelbaum, 2000). Plus spécifiquement, les personnes considérées comme jeunes, c'est-à-dire âgées entre 18 et 29 ans, seraient 7 fois plus à risque d'être violentes que les personnes âgées de plus de 65 ans.

Une autre caractéristique sociodémographique est l'état matrimonial. Toutefois, les études ne sont pas unanimes quant au lien entre cette caractéristique et le risque de violence. Ainsi, selon Swanson, Marvin, Swartz, Essock, Osher, Wagner, Goodman, Rosenberg & Meador (2002), les personnes qui sont en couple seraient plus à risque d'être violentes que celles qui ne le sont pas. Une explication possible de cette observation est que le risque de violence conjugale est beaucoup élevé chez les gens qui sont en couple que chez les gens célibataires et ainsi ils seraient plus à risque de poser des gestes violents. À l'opposé, Milton et al. (2001) rapportent que les personnes psychotiques célibataires seraient plus à risque d'être violentes. Par contre, cela a seulement été observé chez les gens ayant des symptômes psychotiques et n'ayant pas encore été traités pour ces symptômes.

Par ailleurs, selon Swanson et al. (2002), une hospitalisation en psychiatrie au cours de la dernière année représenterait un facteur de risque. Ainsi, les gens hospitalisés en psychiatrie au cours de la dernière année seraient deux fois plus à risque de commettre un geste violent. Une hospitalisation au cours de la dernière

année signifierait que le trouble mental n'est pas contrôlé, que la personne a vécu une rechute ou bien qu'elle a connu une exacerbation de ses symptômes.

Le statut d'emploi a aussi été étudié en relation avec la violence chez les gens souffrant de troubles mentaux. Monahan et al. (2001) ainsi que Milton et al. (2001) rapportent que les gens aux prises avec un trouble mental et qui n'occupent pas d'emploi sont significativement plus à risque d'être violents.

La classe sociale ou statut socioéconomique serait aussi en lien avec le risque de violence. Selon Monahan et Appelbaum (2000) ainsi que Monahan (1992), les personnes ayant un statut socioéconomique faible seraient plus à risque d'adopter de tels comportements. Enfin, l'itinérance semble aussi être en lien avec la violence. En effet, Swanson et al. (2002) constatent que les personnes souffrant d'un TMGP qui étaient itinérantes au cours de la dernière année sont 5 fois plus à risque d'avoir adopté des comportements violents que ceux qui ne l'étaient pas.

1.4 PRÉDICTION DE LA VIOLENCE

La prédiction des comportements violents est sans aucun doute la pierre d'assise de la prévention de la violence et particulièrement de la récidive violente. La prédiction de la violence est soumise à deux écoles de pensée distinctes. En effet, certains prônent que le jugement clinique doit être priorisé lorsque vient le temps d'évaluer le potentiel de passage à l'acte chez un individu. Par contre, d'autres soutiennent que l'utilisation d'outils actuariels devrait être priorisée (Côté, 2001). En effet, les outils actuariels semblent réussir à prédire relativement efficacement les comportements violents chez les délinquants, malgré le fait qu'il s'agisse d'une science inexacte (Pinard & Pagani, 2001).

Le principe des outils actuariels repose sur l'addition des divers facteurs de risque présents chez un sujet. En général, les outils actuariels se basent sur des

facteurs de risque statiques, comme les données sociodémographiques par exemple (Dolan & Doyle, 2000). Selon Monahan et al. (2001); la propension de la violence est le résultat d'une accumulation de divers facteurs de risque. Ainsi, aucun facteur de risque, pris individuellement, n'est nécessaire ou suffisant pour qu'une personne agisse de façon violente. L'évaluation du potentiel d'agissements violents chez une personne est importante pour plusieurs raisons, entre autres, pour déterminer si celle-ci sera libérée conditionnellement ou non, si elle représente un risque pour la sécurité du public et pour déterminer son admission à un traitement spécifique (Pinard & Pagani, 2001).

Voilà pourquoi une meilleure connaissance des facteurs de risque liés à la violence pour différents contextes cliniques permettrait de mettre sur pied des outils actuariels encore plus puissants (Grisso & Tomkins, 1996).

1.5 PORTRAIT DE LA CLIENTÈLE DES SENTENCES DE COURTE DURÉE

1.5.1 PORTRAIT DE LA CLIENTÈLE DES SENTENCES DE COURTE DURÉE AMÉRICAINE

Très peu d'études portant spécifiquement sur les personnes incarcérées dans des centres de détention de courte durée sont présentes dans la littérature. D'abord, une étude de Teplin (1990) révèle que la prévalence de la dépression, de la schizophrénie et de la manie est deux à trois fois plus élevée chez les détenus des prisons (*jail*) que celle retrouvée dans la population générale. De plus, Teplin soutient que ce taux sous-estime le taux réel de troubles mentaux chez les criminels puisqu'il n'inclut pas les accusés qui ont été réacheminés vers le système de santé mentale au cours des procédures en raison du fait qu'ils ont été identifiés comme souffrant d'un tel trouble.

Dans le même ordre d'idées, James et Glaze (2006) soutiennent que dans les prisons américaines, 24% des détenus présentent au moins un symptôme lié à un trouble psychotique, 77% des détenus présentent au moins un symptôme dépressif et 77% présentent au moins un symptôme de manie. De plus, les auteurs affirment que parmi les pénitenciers et les prisons, ce sont les prisons qui présentent les plus hauts taux de troubles mentaux chez leurs détenus. La prévalence des troubles mentaux en général dans les prisons américaines serait de 64%, tandis qu'elle varie de 45% à 56% dans les pénitenciers. Une hypothèse amenée par les auteurs pouvant expliquer ce phénomène est que les gens incarcérés dans les pénitenciers auraient davantage accès à des soins de santé mentale en raison de la longueur des séjours qui se prêtent davantage à un suivi psychologique. Les gens détenus dans les prisons souffrant de troubles mentaux seraient incarcérés pour un délit violent dans 27% des cas, alors que c'est 24% des cas pour les gens ne souffrant de troubles mentaux.

Par ailleurs, Lamb et Grant (1982) observent, dans une étude effectuée avec un échantillon issu d'une prison (*jail*), sur 102 détenus sélectionnés par les agents correctionnels afin de subir une évaluation psychiatrique, que 99% d'entre eux avaient déjà été hospitalisés en psychiatrie au moins une fois et que 92% avaient des antécédents criminels. De plus, 80% souffraient d'une TMGP. Enfin, 39% de ces 102 détenus étaient incarcérés pour des délits violents.

1.5.2 PORTRAIT DE LA CLIENTÈLE DES SENTENCES DE COURTE DURÉE AU QUÉBEC

Au Canada, il existe deux types de centres de détention. Ainsi, il y a les prisons provinciales, qui servent à l'incarcération des criminels purgeant des sentences moins de deux ans et il y a les pénitenciers fédéraux, qui servent à l'incarcération des criminels purgeant des sentences de deux ans et plus. La présente section tentera de dresser un portrait de la clientèle qui purge des sentences de courte durée, c'est-à-dire, de moins de deux ans.

Un Portrait de la clientèle correctionnelle provinciale du Québec a été dressé en 2001 à partir des réponses qu'ont fournies 1 726 personnes contrevenantes (692 en milieu fermé et 1 034 en milieu ouvert) à un questionnaire de 160 questions (Robitaille, Guay & Savard, 2002). Dans cette étude, un répondant sur deux (51%) dit avoir déjà rencontré un professionnel pour un problème d'ordre émotionnel, tandis que 66% des répondants auraient déjà reçu un diagnostic pour un problème d'un tel ordre.

Selon Lafortune, Vacheret et Cantin (2008) qui ont étudié un échantillon de 671 personnes contrevenantes, 61% des incarcérés provinciaux reçu au cours des cinq dernières années un diagnostic de trouble mental. Si l'on ne retient que les personnes contrevenantes qui ont reçu entre 2002 et 2007 un diagnostic de TMGP, la prévalence est alors de 29,7%.

1.6 PROBLÉMATIQUE

La violence commise par les gens atteints de troubles mentaux est problématique pour le système de justice et le système de santé québécois en raison des coûts sociaux et financiers qu'elle engendre (Ministère de la Sécurité publique, 1993). Au cours des dernières années, des études ont réussi à mettre en lumière la relation qui existe entre les troubles psychotiques et les crimes violents (Hodgins, 2008). La prédiction des comportements violents chez cette population est donc capitale afin de réduire leur fréquence.

De nombreuses études portant sur ce sujet ont été réalisées avec des échantillons d'individus hospitalisés sur une base non-volontaire, des individus dans la communauté ou bien des individus incarcérés pour des sentences de longue durée. Par conséquent, très peu d'études ont été faites à l'aide d'échantillons issus de

centres de détention de courte durée afin de bien dresser le portrait de cette « clientèle »

Dans le but de prédire le plus précisément possible les agissements violents de cette population, il est capital de connaître les facteurs de risque qui y sont liés, que ce soit au niveau du développement des comportements violents ou au niveau de la récidive. Il n'existe pas pour l'instant d'étude québécoise portant spécifiquement sur les individus psychotiques détenus dans les prisons, purgeant des sentences de courte durée. Il est donc essentiel de dresser un portrait des facteurs de risque liés à la violence chez les détenus psychotiques des prisons québécoises afin de pouvoir prédire avec une plus grande précision les futurs comportements violents de cette population, de pouvoir leur offrir des traitements qui soient spécifiquement adaptés à leurs besoins, bref de pouvoir mieux traiter cette « clientèle ».

Les effets anticipés des variables indépendantes sont les suivants : l'âge devrait être inversement proportionnel au risque de violence, la présence d'un antécédent de voie de fait et la présence de troubles mentaux en comorbidité avec un trouble psychotique devraient augmenter le risque de passage à l'acte violent. En ce qui a trait aux médicaments, il est difficile d'appréhender leur effet puisqu'il y a deux façons de concevoir cette relation. D'une part, le fait de prendre un antidépresseur, par exemple, peut indiquer que la personne est dépressive, et ce même si elle n'a pas reçu de diagnostic. Comme la dépression est un facteur de risque pour la violence, on peut penser que ce médicament en question pourrait augmenter les risques de passage à l'acte violent. D'autre part, le fait de prendre un médicament x pourrait aussi diminuer les risques de violence puisqu'un trouble qui est traité et dont les symptômes sont contrôlés représente une diminution du risque de passage à l'acte. Il est donc difficile d'appréhender le sens de l'effet des variables liées à la médication.

CHAPITRE 2

MÉTHODOLOGIE

Dans le chapitre qui suit, il sera question des objectifs de l'étude, du plan d'échantillonnage, de la base de données, des variables dépendante et indépendantes et des stratégies d'analyses statistiques descriptives, bivariées et multivariées adoptées afin de répondre à la question de recherche.

2.1 OBJECTIFS

Rappelons que l'objectif général de ce mémoire est d'identifier ce qui distingue les contrevenants psychotiques violents des contrevenants psychotiques non violents des prisons du Québec. Quant aux objectifs spécifiques, ils se formulent comme suit :

1. Déterminer dans quelle mesure le diagnostic de trouble lié aux substances est associé au fait d'être incarcéré pour un délit violent chez les contrevenants psychotiques des prisons québécoises
2. Déterminer dans quelle mesure le diagnostic de dépression est associé au fait d'être incarcéré pour un délit violent chez les contrevenants psychotiques des prisons québécoises
3. Déterminer quels antécédents de prescriptions de médicaments psychotropes sont associés au fait d'être incarcéré pour un délit violent chez les contrevenants psychotiques des prisons québécoises
4. Déterminer si les hommes et les femmes psychotiques détenus dans les prisons québécoises présentent les mêmes caractéristiques associées à la violence.

2.2 PLAN D'ÉCHANTILLONNAGE

L'échantillon utilisé dans le cadre de l'étude était composé de 121 contrevenants, issus exclusivement des prisons québécoises. Ces derniers ont été sélectionnés parmi les 4000 individus incarcérés dans les 17 prisons du Québec, en

date du 15 décembre 2006. Ils étaient soit prévenus, soit détenus, c'est-à-dire qu'ils étaient incarcérés en attente de leur procès ou bien qu'ils purgeaient la peine à laquelle ils avaient été condamnés. L'échantillon était composé de personnes incarcérées souffrant d'au moins un trouble psychotique. Ces troubles peuvent être l'un des suivants : schizophrénie, psychose affective, psychose organique sénile ou présénile, psychose due aux drogues, psychose alcoolique, état psychotique organique chronique ou état délirant.

Afin d'être inclus dans l'étude, les participants devaient non seulement souffrir d'un trouble psychotique, mais aussi avoir séjourné en prison au moins cinq jours, afin de ne pas inclure les gens qui n'auraient fait « qu'entrer et sortir » d'un établissement de détention. Une stratification de l'échantillon en fonction du sexe a été effectuée dans le but d'inclure un nombre suffisant de femmes afin de procéder à des analyses statistiques spécifiques auprès de ce sous-groupe. Une simple sélection aléatoire n'aurait pas permis cela étant donné que le ratio homme/femme en prison est de 15,1 hommes : 1 femme. Dans la présente étude, le ratio était plutôt de 1,75 homme : 1 femme. L'échantillon final comptait 77 hommes et 44 femmes.

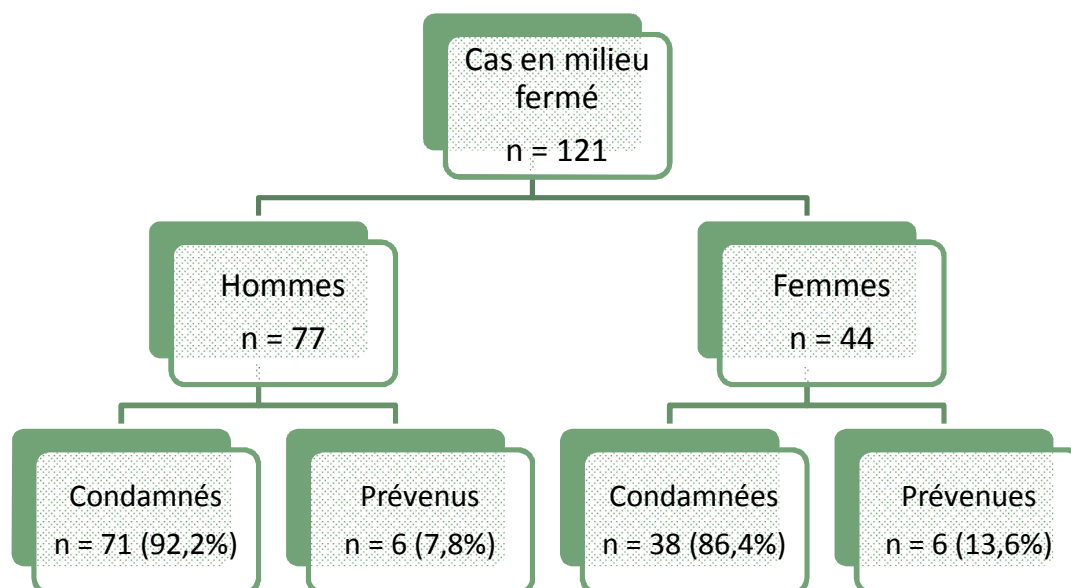


Figure 1
Composition de l'échantillon

2.3 BASE DE DONNÉES

La base de données utilisée dans le cadre de ce mémoire résulte de la fusion de deux sources d'information distinctes. Il s'agit du système informatique de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et de celui de la Direction générale des services correctionnels du Québec (DGSC) contenant les dossiers administratifs correctionnels (DACOR). Les dossiers de la RAMQ offrent une bonne validité étant donné que le personnel médical est dans l'obligation de remplir ces dossiers, entre autres pour des raisons de facturation. Toutefois, en ce qui concerne les informations issues du système DACOR, selon les auteurs de *Portrait de la clientèle correctionnelle du Québec 2001*, « les informations contenues dans les dossiers officiels sont parfois incomplètes et comportent généralement leurs propres sources d'erreurs. Notre choix de privilégier l'information contenue dans ces dossiers ne peut donc pas constituer en soi une garantie absolue de sa validité » (Robitaille et al., 2002).

Tout d'abord, des dossiers DACOR nous avons extrait les caractéristiques suivantes: date de naissance, sexe, état civil, délit le plus grave justifiant la présente incarcération et antécédents criminels. Par la suite, les données suivantes ont été extraites des dossiers de la RAMQ, pour une période de cinq ans, allant de mai 2002 à mai 2007 : diagnostics et prescriptions reçus par le contrevenant.

Les dossiers de la RAMQ contenaient des données concernant la santé mentale ainsi que la santé physique. Un tri des données a donc été effectué afin de conserver exclusivement les données concernant la santé mentale. Les données conservées étaient donc constituées des diagnostics de troubles mentaux ou troubles liés à la consommation de SPA et des prescriptions de médicaments psychotropes.

2.4 VARIABLES

2.4.1 VARIABLES INDÉPENDANTES

Les catégories de variables indépendantes de l'étude sont les suivantes :

1. Caractéristiques judiciaires des contrevenants
2. Caractéristiques médicales des contrevenants
3. Caractéristiques sociodémographiques des contrevenants

2.4.1.1 CARACTÉRISTIQUES JUDICIAIRES DES CONTREVENANTS

Les variables indépendantes liées aux caractéristiques judiciaires sont constituées des antécédents judiciaires des contrevenants et du délit le plus grave justifiant la présente incarcération

2.4.1.2 LES CARACTÉRISTIQUES MÉDICALES DES CONTREVENANTS

Les variables indépendantes liées aux caractéristiques médicales des participants sont constituées des troubles mentaux dont ils souffrent et des médicaments psychotropes qui leur ont été prescrits. Les diagnostics ont été posés en fonction de la Classification internationale des maladies (CIM). Quant au terme « médicaments psychotropes », il englobe tous les médicaments qui agissent sur le système nerveux central (SNC). Ces médicaments englobent les classes suivantes : les anxiolytiques, les hypnotiques, les antidépresseurs, les antipsychotiques, les anticonvulsivants, les stabilisateurs de l'humeur et les psychostimulants. Dans le cadre de ce mémoire, à cela s'ajoutent les médicaments anticholinergiques de type antiparkinsoniens et la clonidine, un antihypertenseur de type agoniste alpha-2 adrénergique, souvent prescrit en psychiatrie pour pallier aux problèmes de tics et d'impulsivité, tels que retrouvés dans le syndrome de Gilles de la Tourette (Lafortune, Vacheret & Cantin, 2008).

Certaines variables ont été transformées par rapport à leur forme originale dans la base de données. Premièrement, toutes les variables liées aux médicaments ont été dichotomisées. À l'origine, le nombre de prescriptions reçues par le détenu pour chacun des médicaments était inscrit. Ainsi, tous les ceux qui ont reçu au moins une prescription pour un médicament ont été cotés 1 et les autres ont été cotés 0. La variable « trouble lié aux substances » a été construite à partir de quatre variables de la base de données d'origine. Ces variables sont : « syndrome de dépendance alcoolique », « pharmacodépendance », « abus de drogues chez une personne non dépendante » et « intoxication par l'alcool, la drogue ou un médicament psychotrope ». Ainsi, ces quatre variables ont été additionnées et les contrevenants qui ont obtenu un score égal ou supérieur à 1 ont été cotés 1 et les autres 0.

2.4.1.3 CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES CONTREVENANTS

Les variables indépendantes liées aux caractéristiques sociodémographiques sont constituées de l'âge des contrevenants au moment de leur premier antécédent judiciaire, de leur âge en date du 15 décembre 2006, de leur sexe et de leur état civil.

Trois valeurs étaient manquantes pour la variable « âge au premier antécédent » chez les femmes. Elles ont donc été remplacées par l'âge moyen des femmes lors de leur premier antécédent.

De plus, la variable « âge au premier antécédent » a été transformée puisqu'elle ne constituait pas une distribution normale. Les scores extrêmes ont donc été recodés afin d'obtenir une distribution normale. Ils ont été remplacés par le score moyen de l'âge au premier antécédent. En régression logistique, il faut éviter les scores extrêmes (Ouimet, 2009). Il faut les recoder ou bien tout simplement les éliminer.

Toutes les autres variables indépendantes liées aux caractéristiques sociodémographiques ont été utilisées telles qu'elles étaient dans la base de données originale.

2.4.2 VARIABLE DÉPENDANTE

La variable dépendante, soit d'être violent ou non violent, est définie comme toute personne qui était incarcérée en date du 15 décembre 2006, en raison d'un délit qui constitue une agression envers autrui. Ces délits sont les suivants : voie de fait, voie de fait grave, agression sexuelle, agression sexuelle armée, contacts sexuels, vol qualifié, agression armée, profération de menaces et enfin voie de fait contre un policier. Il n'y a aucun homicide dans l'échantillon à l'étude étant donné qu'il est composé exclusivement de personnes incarcérées dans des centres de détention provinciaux et que les homicides sont habituellement punissables par une peine fédérale.

2.5 ANALYSES STATISTIQUES

La stratégie analytique a consisté en premier lieu à effectuer des analyses descriptives, comme des distributions de fréquence, des pourcentages, des moyennes et des médianes. Ensuite, des analyses bivariées ont été menées afin d'identifier les relations significatives entre les diverses caractéristiques et le fait d'avoir commis un délit violent. Ces analyses sont le Chi-carré et le test de moyenne. Celles-ci ont été menées auprès du groupe complet de contrevenants, auprès du sous-groupe de femmes et auprès du sous-groupe d'hommes. Elles ont servi à identifier les prédicteurs qui peuvent être en lien avec la variable dépendante. Les variables significatives ont été retenues et incluses dans les régressions logistiques. Elles ont été menées afin de dresser un portrait des prédicteurs qui sont associés de manière significative à la commission de délits violents chez les contrevenants psychotiques des prisons québécoises. Trois régressions logistiques ont été effectuées, soit une

pour le groupe complet, une pour les femmes et une pour les hommes. Enfin, le seuil de signification a été fixé 0,05 mais nous sommes également intéressé aux relations ayant tendance à être significatives (seuil de 0,10) puisqu'il s'agit d'une étude exploratoire.

La régression logistique est une technique statistique qui a pour but, à partir d'un fichier d'observations, de prédire les valeurs prises par une variable catégorielle, le plus souvent dichotomique, à partir d'une série de variables explicatives continues et/ou dichotomiques (Desjardins, 2007). De plus, la régression logistique exige moins de conditions afin d'être réalisée. Ainsi, les prédicteurs ou variables indépendantes ne doivent pas obligatoirement être distribués de façon normale ni avoir une variance égale entre chaque groupe. Dans ce mémoire, la variable dépendante est dichotomique. Il s'agit d'être un détenu psychotique incarcéré pour un acte violent ou bien non violent.

CHAPITRE 3

RÉSULTATS

La section des résultats se divise en trois sous-sections, en fonction des analyses statistiques qui ont été effectuées. La première sous-section expose les résultats des analyses descriptives portant sur les diverses caractéristiques judiciaires, médicales et sociodémographiques des contrevenants. La deuxième sous-section présente les résultats des analyses bivariées. Cette partie rapporte donc les relations qui existent entre les diverses caractéristiques des participants et le fait d'être incarcéré en raison d'un délit violent. Enfin, la troisième sous-section expose les résultats des régressions logistiques. Ces dernières ont permis d'identifier les facteurs qui distinguent les contrevenants psychotiques incarcérés pour un acte violent des contrevenants psychotiques incarcérés pour un acte non violent.

3.1 RÉSULTATS DES ANALYSES DESCRIPTIVES DES CARACTÉRISTIQUES DES CONTREVENANTS

Les analyses descriptives effectuées ont permis de dresser un portrait global des 121 contrevenants à l'étude. Elles portent plus spécifiquement sur : 1) leur profil criminel, 2) leur profil médical et 3) leur profil sociodémographique.

3.1.1 PROFIL DE LA CRIMINALITÉ

Dans le système DACOR, il est possible de dresser un portrait de la criminalité des participants à partir du délit le plus grave motivant la présente incarcération. Les résultats sont présentés au tableau 1.

Tableau I

Délit le plus grave motivant l'incarcération en cours le 15 décembre 2006

Délits	Nombre et pourcentage de contrevenants		
	Total	Hommes	Femmes
Vol qualifié	15 (14,2)	9 (11,7)	6 (13,6)
Voies de fait	14 (11,6)	9 (11,7)	5 (11,4)
Introduction par effraction	13 (10,7)	7 (9,1)	6 (13,6)
Agression armée	8 (6,6)	4 (5,2)	4 (9,1)
Possession de stupéfiants dans le but d'en faire le trafic	7 (5,8)	4 (5,2)	3 (6,8)
Vol de moins de 1000\$	7 (5,8)	3 (3,9)	4 (9,1)
Vol de plus de 1000\$	7 (5,8)	3 (3,9)	1 (2,3)
Proférer des menaces	6 (5,0)	5 (6,5)	1 (2,3)
Conduite avec les facultés affaiblies	6 (5,0)	5 (6,5)	1 (2,3)
Défaut de se conformer à une ordonnance de probation	5 (4,1)	3 (3,9)	2 (4,5)
Voie de fait contre un policier	5 (4,1)	1 (1,3)	4 (9,1)
Autres infractions	28 (23,1)	24 (31,2)	7 (15,9)
Total	121 (100)	77 (100)	44 (100)

Il est possible d'observer que le délit justifiant le plus souvent la présente incarcération est le vol qualifié (14,2%). Cette observation s'applique autant à l'échantillon total, qu'aux hommes ainsi qu'aux femmes. Les voies de fait arrivent au deuxième rang avec 11,6% de l'échantillon total. Ensuite, on retrouve les introductions par effraction (10,7%) et les agressions armées (6,6%). La possession de stupéfiants dans le but d'en faire le trafic, les vols de moins de 1000\$ et les vols de plus de 1000\$ arrivent ex aequo, chacun justifiant 5,8% des incarcérations. La profération de menaces et la conduite avec les facultés affaiblies arrivent aussi ex aequo, l'un et l'autre justifiant 5,5% des incarcérations. Enfin, 4,1% des contrevenants sont incarcérés soit en raison d'une voie de fait contre un policier ou en raison d'un défaut de se conformer à une ordonnance de probation. Par ailleurs, 23,1% des participants sont détenus en raison d'un autre délit.

En ce qui a trait au caractère violent des délits, 44,6% de l'échantillon total est incarcéré en raison d'un délit violent (voir figure 2). Ce taux est similaire chez les deux sexes, soit 44,2% chez les hommes et 45,5% chez les femmes. Tel que mentionné dans la section *Méthodologie*, les délits violents incluent les vols qualifiés, les voies de fait, les agressions armées, les voies de fait graves, la profération de menaces, les voies de fait contre un policier, les agressions sexuelles et enfin les agressions sexuelles armées.

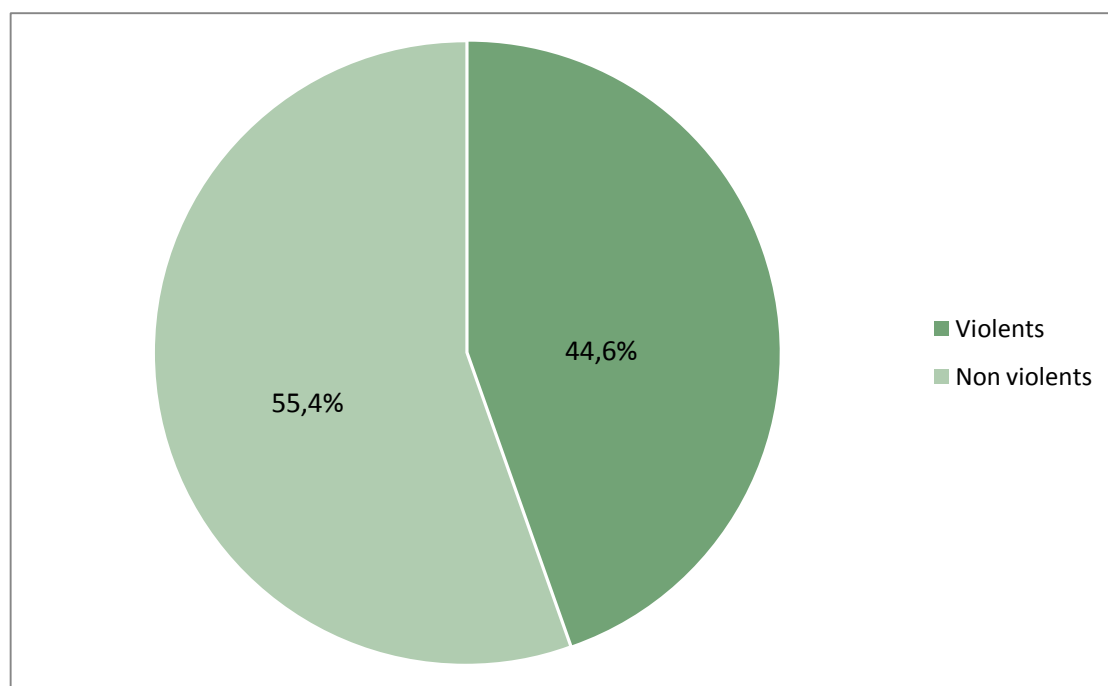


Figure 2
Répartition des contrevenants violents et non violents (échantillon total)

Concernant les antécédents judiciaires, seule la catégorie des voies de fait a été retenue pour les analyses, en raison du très grand nombre de données manquantes dans les autres catégories. Tel qu'illustré à la figure 3, 47,1% des détenus ont au moins un antécédent de voie de fait à leur actif. Cette proportion est de 42,9% pour les hommes et de 54,5% pour les femmes.

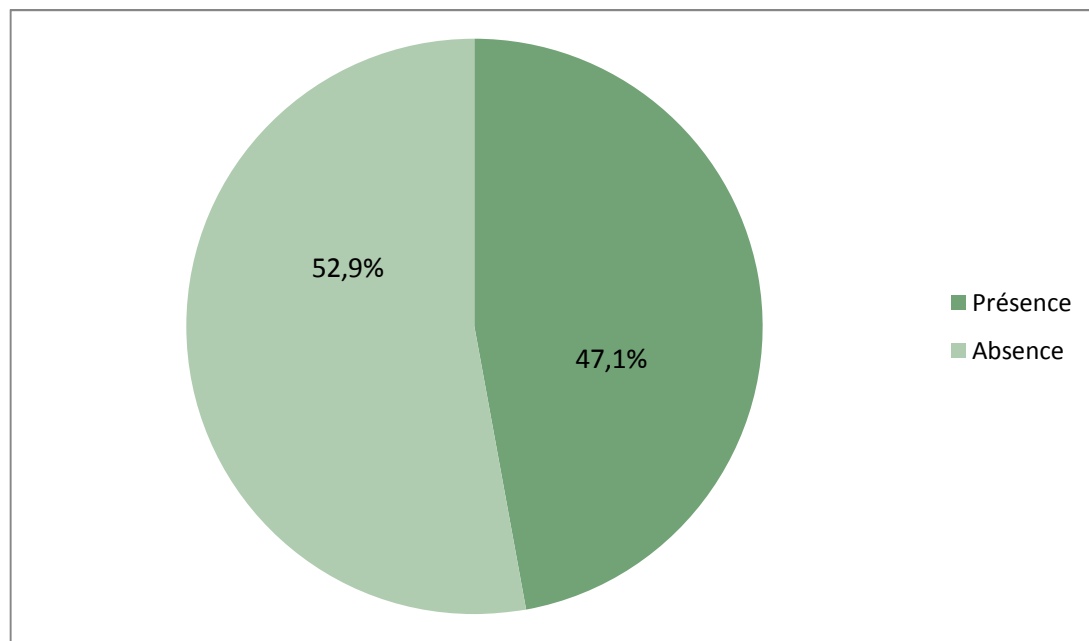


Figure 3
Répartition des antécédents de voie de fait (échantillon total)

3.1.2 PROFIL MÉDICAL RELATIF À LA SANTÉ MENTALE

À l'aide des dossiers de la RAMQ, il a été possible de dresser un profil médical des contrevenants, en ce qui a trait à la santé mentale, c'est-à-dire aux diagnostics qu'ils ont reçus durant la période de cinq ans qui précède leur incarcération. La section suivante présente donc les caractéristiques diagnostiques et les antécédents de prescription de médicaments psychotropes des contrevenants.

Tout d'abord, le tableau II présente la répartition des divers troubles psychotiques diagnostiqués chez les 121 contrevenants.

Tableau II
Répartition des diagnostics de troubles psychotiques des 121 contrevenants (période 2002-2007)

Diagnostics de troubles psychotiques	Nombre de cas et pourcentage		
	Total	Hommes	Femmes
Psychose due aux drogues	56 (46,3)	33 (42,9)	23 (52,3)
Psychose affective	39 (32,2)	22 (28,6)	17 (38,6)
Autres psychoses non-organiques	37 (30,6)	25 (32,5)	12 (27,3)
Psychose schizophrénique	30 (24,8)	20 (26,0)	10 (22,7)
Psychose due à l'alcool	28 (23,1)	19 (24,7)	9 (20,5)
États psychotiques séniles ou préséniles	3 (2,5)	2 (2,6)	1 (2,3)
États délirants	2 (1,7)	2 (2,6)	0 (0)
Psychoses organiques chroniques	1 (0,8)	1 (1,3)	0 (0)
Total	196 (161,9)	124 (161,0)	72 (163,6)

Il est possible d'observer que la psychose due aux drogues est le type de psychose le plus fréquemment diagnostiqué pour l'échantillon total (46,3%), les hommes (42,9%) et les femmes (52,3%). Les autres types de psychose les plus répandus chez les contrevenants sont : la psychose affective (32,2%), les autres psychoses non organiques (30,6%), la psychose schizophrénique (24,8%) et la psychose due à l'alcool (23,1%). Il est aussi possible de constater que les psychoses de type sénile ou présénile, les états délirants ainsi que les psychoses organiques chroniques ne sont que très peu répandus chez les participants psychotiques. De plus, le total des diagnostics de troubles psychotiques est supérieur au nombre de participants en raison du fait que, sur une période de cinq ans, plusieurs d'entre eux ont reçu plus d'un diagnostic de trouble psychotique.

Ensuite, des données concernant les troubles mentaux ou troubles liés aux SPA, diagnostiqués en comorbidité chez les contrevenants psychotiques, entre 2002

et 2007, ont aussi été extraites des dossiers de la RAMQ. Le tableau III présente la prévalence des divers troubles mentaux ou troubles liés aux substances.

Tableau III
Répartition de l'ensemble des diagnostics de trouble mental comorbide attribués
(période 2002-2007)

Diagnostics de trouble mental ou de trouble lié aux substances	Nombre et pourcentage de contrevenants		
	Total	Hommes	Femmes
Troubles névrotiques (surtout état anxieux)	94 (77,7)	59 (76,6)	35 (79,5)
Pharmacodépendances	64 (52,9)	35 (45,5)	29 (65,9)
Troubles de la personnalité (surtout sans précision)	60 (49,6)	33 (42,9)	27 (61,4)
Troubles dépressifs	52 (43)	31 (40,3)	21 (47,7)
Trouble de l'adaptation	49 (40,5)	29 (37,7)	20 (45,5)
Syndrome de dépendance alcoolique	39 (32,2)	20 (26,0)	19 (43,2)
Abus de drogues chez une personne non dépendante	37 (30,6)	21 (27,3)	16 (36,4)
Symptômes généraux (surtout troubles du sommeil)	28 (23,1)	21 (27,3)	7 (15,9)
Intoxication par l'alcool, la drogue ou des médicaments psychotropes	20 (16,5)	8 (10,4)	12 (27,3)
Symptôme ou trouble spécifique non classé ailleurs	18 (14,9)	9 (11,7)	9 (20,5)
Troubles mentaux spécifiques non psychotiques considérés comme atteinte cérébrale organique	13 (10,7)	7 (9,1)	6 (13,6)
Troubles de la conduite	12 (9,9)	7 (9,1)	5 (11,4)
Trouble lié aux substances	81 (66,9)	44 (57,1)	37 (84,1)
Autres troubles	22 (18,2)	13 (16,9)	10 (22,7)

Une seule catégorie de troubles mentaux répertoriés fait partie des TMGP. Il s'agit des troubles dépressifs. Cette catégorie affecte 43% des contrevenants. Les autres troubles présents en comorbidité ne sont pas des TMGP. Il s'agit des troubles névrotiques (77,7%; état anxieux, états phobiques, troubles obsessionnels-

compulsifs et hystérie), pharmacodépendances (52,9%; de type cocaïnique, morphinique, barbiturique, amphétaminique, cannabisme, ou dépendance aux hallucinogènes), troubles de la personnalité (49,6%; troubles de la personnalité, personnalité épileptoïde, manifestations sociopathiques ou asociales, personnalité dysthymique, asthénique, paranoïde ou hystérique), trouble de l'adaptation (38%; états réactionnels aigus à la suite d'une situation très éprouvante, réaction dépressive brève ou réaction dépressive prolongée), syndrome de dépendance alcoolique (32,2%), abus de drogues chez une personne non dépendante (30,6%; abus d'alcool, cocaïne, hallucinogènes, tabac, substances de type morphinique, barbituriques ou tranquillisants), symptômes généraux (23,1%; surtout troubles du sommeil), intoxication par l'alcool, la drogue ou des médicaments psychotropes (16,5%), symptômes ou troubles spécifiques non classés ailleurs (14,9%), troubles mentaux spécifiques non psychotiques considérés comme atteinte cérébrale organique (10,7%) et troubles de la conduite (9,9%). La catégorie « autres troubles » comprend les déviations et troubles sexuels, troubles physiologiques d'origine psychique, épilepsie, troubles de l'affectivité spécifiques de l'enfance et de l'adolescence, retard mental léger et retard mental de niveau non précisé.

Ensuite, on observe que les troubles mentaux et troubles liés aux SPA suivants ont une prévalence plus élevée chez les femmes par rapport aux hommes: troubles névrotiques (écart de 2,9%), pharmacodépendance (écart de 20,4%), troubles de la personnalité (écart de 18,5%), troubles dépressifs (écart de 7,4%), troubles de l'adaptation (écart de 8,1%), syndrome de dépendance alcoolique (écart de 17,2%), abus de drogues chez une personne non dépendante (écart de 9,1%), intoxication par l'alcool, la drogue ou des médicaments psychotropes (écart de 16,9%), symptômes ou troubles spécifiques non classés ailleurs (écart de 8,8%), troubles mentaux spécifiques non psychotiques considérés comme une atteinte cérébrale organique (écart de 4,5%), troubles de la conduite (écart de 2,3%) et trouble lié aux substances (écart de 27,1%). Le seul trouble qui est plus fréquent

chez les hommes que les femmes est la classe des symptômes généraux (écart de 11,4%).

Toujours à l'aide des dossiers de la RAMQ, il a été possible d'extraire tous les médicaments psychotropes qui ont été prescrits aux personnes incarcérées, entre 2002 et 2007. Les résultats sont présentés au tableau IV.

Tableau IV
Répartition des médicaments psychotropes prescrits aux contrevenants (période 2002-2007)

Molécule (nom commercial)	Classe du médicament	Nombre et pourcentage de contrevenants		
		Total	Hommes	Femmes
<i>Quétiapine</i> (<i>Seroquel</i> ®)	Antipsychotique	52 (43,0)	27 (35,1)	25 (56,8)
<i>Lorazépam</i> (<i>Ativan</i> ®)	Anxiolytique	51 (42,1)	26 (33,8)	25 (56,8)
<i>Clonazépam</i> (<i>Rivotril</i> ®)	Anxiolytique	45 (37,2)	21 (27,3)	24 (54,5)
<i>Olanzapine</i> (<i>Zyprexa</i> ®)	Antipsychotique	32 (26,4)	19 (24,7)	13 (29,5)
<i>Trazodone</i> (<i>Desyrel</i> ®)	Antidépresseur	30 (24,8)	13 (16,9)	17 (38,6)
<i>Venlafaxine</i> (<i>Effexor</i> ®)	Antidépresseur	29 (24,0)	13 (16,9)	16 (36,4)
<i>Oxazépam</i> (<i>Serax</i> ®)	Anxiolytique	24 (19,8)	10 (13,0)	14 (31,8)
<i>Flurazépam</i> (<i>Dalman</i> ®)	Anxiolytique/ Hypnotique	22 (18,2)	10 (13,0)	12 (27,3)
<i>Citalopram</i> (<i>Celexa</i> ®)	Antidépresseur	21 (17,4)	10 (13,0)	11 (25,0)
<i>Paroxétine</i> (<i>Paxil</i> ®)	Antidépresseur	19 (15,7)	8 (10,4)	11 (25,0)
<i>Mirtazapine</i> (<i>Remeron</i> ®)	Antidépresseur	17 (14,0)	10 (13,0)	7 (15,9)
<i>Témazépam</i> (<i>Restoril</i> ®)	Hypnotique	17 (14,0)	10 (13,0)	7 (15,9)
<i>Hydroxyzine</i> (<i>Atarax</i> ®)	Anxiolytique	17 (14,0)	8 (10,4)	
<i>Risperidone</i>	Antipsychotique	15 (12,4)	7 (9,1)	8 (18,2)

<i>(Risperdal®)</i>				
<i>Gabapentine</i> <i>(Neurontin®)</i>	Anticonvulsivant (douleurs)	13 (10,7)	7 (9,1)	6 (13,6)
<i>Divalproex</i> <i>sodique</i> <i>(Épival®)</i>	Stabilisateur de l'humeur	13 (10,7)	8 (10,4)	5 (11,4)
<i>Chlordia-</i> <i>zépoxyde</i> <i>(Librium®)</i>	Sédatif	13 (10,7)	8 (10,4)	5 (11,4)
<i>Métho-</i> <i>triméprazine</i> <i>(Nozinan®)</i>	Antipsychotique	10 (8,3)	7 (9,1)	3 (6,8)
<i>Diazépam</i> <i>(Valium®)</i>	Anxiolytique	10 (8,3)	7 (9,1)	3 (6,8)
<i>Amitriptyline</i> <i>(Élavil®)</i>	Antidépresseur	10 (8,3)	8 (10,4)	2 (4,5)
<i>Clonidine</i> <i>(Catapress®)</i>	Agoniste alpha-2 adrénergique	9 (7,4)	8 (10,4)	1 (2,3)

Tout d'abord, on constate que, sur une période de cinq ans, quatre médicaments ont été prescrits à plus de 25% de l'échantillon. Il s'agit de : deux antipsychotiques soit la quétiapine (43,0%) et l'olanzapine (26,4%) et de deux anxiolytiques soit le lorazépam (42,1%) et le clonazépam (37,2%). Ensuite, 13 médicaments ont été prescrits à plus de 10% des contrevenants. Dans ce groupe figurent : cinq antidépresseurs soit le trazodone (24,8%), la venlafaxine (24,0%), le citalopram (17,4%), la paroxétine (15,7%) et la mirtazapine (14,9%), quatre anxiolytiques ou hypnotiques soit l'oxazépam (19,8%), le flurazépam (18,2%), l'hydroxyzine (14,0%) et le témazépam (14,0%), un antipsychotique, le risperdone (12,4%), un anticonvulsivant, la gabapentine (10,7%), un stabilisateur de l'humeur, le divalproex sodique (10,7%) et un sédatif, le chlórdiazépoxide (10,7%). Enfin quatre médicaments ont été prescrits à moins de 10% des personnes incarcérées. Il s'agit d' un antipsychotique, la méthoprazine (8,3%), un anxiolytique, le diazépam (8,3%), un antidépresseur, l'amitriptyline (8,3%) et un agoniste alpha-2 adrénergique, la clonidine (7,4%).

Tableau V
Répartition des classes de médicaments psychotropes prescrits aux contrevenants
(période 2002-2007)

Classe de médicament psychotrope	Nombre et pourcentage de contrevenants		
	Total	Hommes	Femmes
Anxiolytiques	79 (65,3)	43 (55,8)	36 (81,8)
Antidépresseurs	73 (60,3)	37 (48,1)	36 (81,8)
Antipsychotiques	68 (56,2)	35 (45,5)	33 (75,0)
Stabilisateurs de l'humeur	33 (27,3)	16 (20,8)	17 (38,6)
Antiparkinsoniens	10 (8,3)	7 (9,1)	3 (6,8)
Clonidine	9 (7,4)	8 (10,4)	1 (2,3)
Psychostimulants	5 (4,1)	3 (3,9)	2 (4,5)

On observe que, sur une période de cinq ans, trois classes de médicaments psychotropes ont été prescrites à une majorité de contrevenants. Il s'agit des anxiolytiques (65,3%), des antidépresseurs (60,3%) et des antipsychotiques (56,2%). Quant aux stabilisateurs de l'humeur, ils ont été prescrits à 27,3% des contrevenants. Les antiparkinsoniens, la clonidine et les psychostimulants ont quant à eux été prescrits à moins de 10% des contrevenants. Les femmes ont reçu en plus grande proportion que les hommes les médicaments suivants : anxiolytiques (écart de 26%), antidépresseurs (écart de 33,7%), antipsychotiques (écart de 29,5%), stabilisateurs de l'humeur (écart de 17,8%) et, dans une moindre mesure, psychostimulants (écart de 0,6%). À l'inverse, les médicaments suivants ont été un peu plus prescrits aux hommes : antiparkinsoniens (écart de 2,3%) et clonidine (écart de 8,1%).

3.1.3 CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

À l'aide des dossiers DACOR, il a été possible d'extraire certaines caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon à l'étude. Les premières

caractéristiques sont celles relatives à l'âge des contrevenants. Les résultats sont présentés dans tableau VI.

Tableau VI
Caractéristiques liées à l'âge des contrevenants

	Moyenne	Médiane	Écart-type	Symétrie
Âge 15 décembre 2006 (total)	37,9	38,0	9,6	0,57
Âge 15 décembre 2006 (hommes)	37,5	36,0	10,4	0,85
Âge 15 décembre 2006 (femmes)	38,6	39,5	7,9	-0,39
Âge 1 ^{er} antécédent (total)	30,9	31,4	8,8	0,29
Âge 1 ^{er} antécédent (hommes)	30,0	29,7	9,2	0,39
Âge 1 ^{er} antécédent (femmes)	32,4	32,1	7,8	0,24

L'âge moyen des participants, en date du 15 décembre 2006, était de 37,8 ans et l'âge médian était de 38 ans. Pour les hommes, l'âge moyen était de 37,5 ans et l'âge médian de 36 ans. Pour les femmes, l'âge moyen était de 38,6 ans et l'âge médian était de 39,5 ans. L'âge moyen lors du premier antécédent judiciaire des détenus était de 30,9 ans alors que l'âge médian était de 31,4 ans. Pour les hommes, l'âge moyen était de 30 ans et l'âge médian était 29,7 ans. Les femmes avaient quant à elles 32,4 ans en moyenne et 32,1 ans comme âge médian.

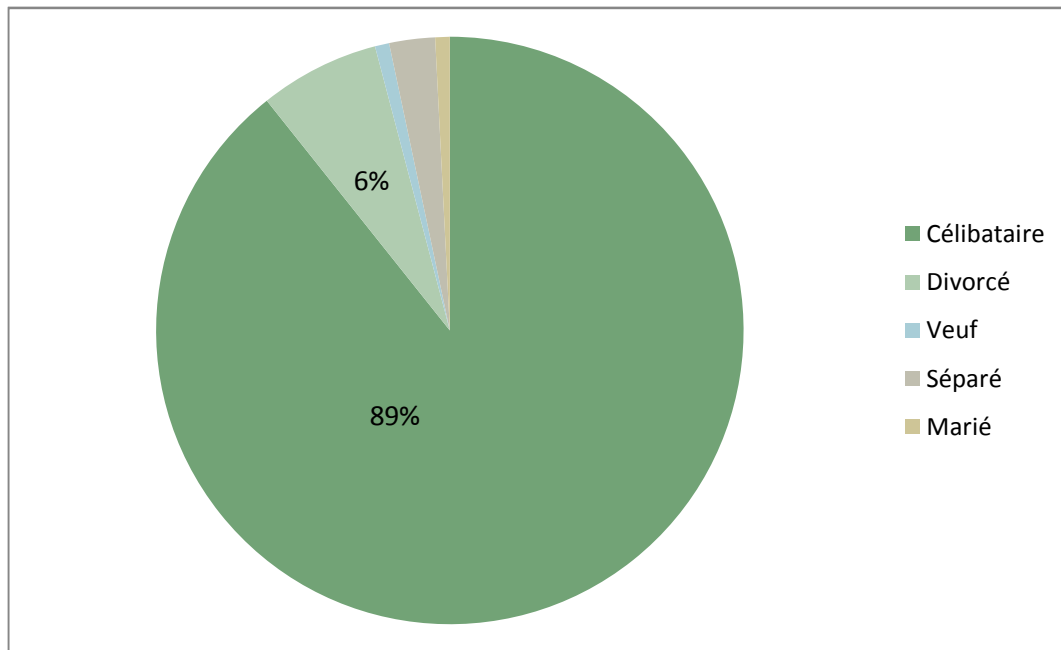


Figure 4
État matrimonial des contrevenants (échantillon total)

3.2 RÉSULTATS DES ANALYSES BIVARIÉES PORTANT SUR LES DIVERSES CARACTÉRISTIQUES DES CONTREVENANTS ET LA VIOLENCE

Des analyses bivariées ont été effectuées afin d'identifier les relations significatives entre les diverses caractéristiques et le fait d'avoir commis un délit violent. Rappelons que le seuil de signification a été fixé 0,05 mais qu'on s'est aussi intéressé aux relations ayant tendance à être significatives (seuil de 0,10) puisqu'il s'agit d'une étude exploratoire.

3.2.1 PROFIL DE LA CRIMINALITÉ ET VIOLENCE

Un test du Chi-carré a été effectué afin de déterminer s'il y a une relation entre les antécédents de voie de fait et le fait d'avoir commis un délit violent. Les résultats sont présentés au tableau VII. Rappelons que les autres types de crime n'ont

pas été inclus dans les analyses en raison du trop grand nombre de données manquantes.

Tableau VII
Relation entre les antécédents de voie de fait des contrevenants et la violence

Antécédent de voie de fait	Violence (Coefficient Phi)		
	Total	Hommes	Femmes
Présence	0,285**	0,234†	0,375**

Note : † = $p < 0,10$ * = $p < 0,05$ ** = $p < 0,01$

On constate que les antécédents de voie de fait sont significativement associés au fait d'avoir commis un délit violent pour la sentence actuelle. Cette observation s'applique à l'échantillon total ($p < 0,01$) ainsi qu'aux femmes ($p < 0,01$). Pour les hommes, ils ont tendance à l'être ($p < 0,10$).

3.2.2 PROFIL MÉDICAL ET VIOLENCE

Des tests du Chi-carré ont également été effectués afin de déterminer si certains diagnostics de troubles psychotiques sont davantage associés au fait d'avoir commis un délit violent. Les résultats sont présentés au tableau VIII.

Tableau VIII
Relations entre les différents types de psychose et la violence

Types de psychose	Violence (Coefficient phi)		
	Total	Hommes	Femmes
Psychose due aux drogues	-0,10	-0,136	-0,042
Psychose affective	-0,086	-0,099	-0,068
Autre psychose non-organique	0,054	0,054	0,056
Psychose schizophrénique	0,178*	0,249*	0,050
Psychose alcoolique	-0,098	-0,145	-0,010
État psychotique sénile ou présénile	-0,143	-0,145	-0,139
États délirants	0,144†	0,184	-
Psychose organique chronique	-0,082	-0,102	0,167

Note : † = $p < 0,10$ * = $p < 0,05$ ** = $p < 0,01$

On constate que pour l'échantillon total, un diagnostic de psychose schizophrénique est associé au fait d'avoir commis un délit violent ($p < 0,05$) et que les états délirants ont tendance à l'être ($p < 0,10$). Pour les hommes, seul le diagnostic de psychose schizophrénique est associé à la commission d'un délit violent ($p < 0,05$). Par contre, pour les femmes, aucun diagnostic de trouble psychotique ne se distingue des autres concernant la commission d'un délit violent.

Des tests du Chi-carré ont aussi été effectués afin de déterminer la présence de relations entre les divers troubles mentaux présents en comorbidité et le fait d'avoir commis un délit violent. Les résultats sont présentés au tableau IX.

Tableau IX
Relations entre les caractéristiques diagnostiques des contrevenants et les crimes violents

Diagnostics de psychopathologies	Violence (Coefficient Phi)		
	Total	Hommes	Femmes
Troubles névrotiques (surtout état anxieux)	-0,078	-0,065	-0,103
Pharmacodépendance	0,015	-0,129	0,271
Trouble de la personnalité	0,007	0,075	-0,119
Troubles dépressifs	-0,074	-0,09	-0,050
Trouble de l'adaptation	0,016	0,004	0,034
Syndrome de dépendance alcoolique	-0,014	-0,109	0,126
Abus de drogues	0,054	-0,016	0,164
Symptômes généraux (surtout troubles du sommeil)	-0,059	-0,192†	0,227
Intoxication par l'alcool, la drogue ou un médicament psychotrope	0,093	-0,046	0,261†
Symptôme ou trouble spécifique non classé ailleurs	0,139	0,165	0,103
Troubles mentaux spécifiques non psychotiques considérés comme atteinte cérébrale organique	-0,043	-0,008	-0,097
Trouble de la conduite	0,036	-0,008	0,105
Trouble lié aux substances	0,030	-0,075	0,272†

Note : † = $p < 0,10$ * = $p < 0,05$ ** = $p < 0,01$

Les résultats des tests Chi-carré ont permis de n'identifier aucune relation significative entre un des troubles psychopathologiques et la commission d'un délit violent pour l'échantillon total. Pour les hommes, les diagnostics de symptômes généraux (surtout troubles du sommeil) ont tendance à être inversement associés à la commission d'un délit violent ($p < 0,10$). Par ailleurs, le trouble lié aux substances et l'intoxication par l'alcool, la drogue ou un médicament psychotrope ont tendance à être associés au fait d'avoir commis un délit violent chez les femmes ($p < 0,10$).

La même stratégie d'analyse a été employée afin de déterminer s'il existe des relations significatives entre certains médicaments psychotropes et la commission de délits violents. Les résultats sont présentés au tableau X.

Tableau X
Relations entre les caractéristiques pharmacologiques des contrevenants et la violence

Médicaments	Violence (Coefficient Phi)		
	Total	Hommes	Femmes
<i>Quétiapine</i> (<i>Seroquel</i> ®)	0,007	0,059	-0,126
<i>Lorazépam</i> (<i>Ativan</i> ®)	-0,127	0,192	-0,034
<i>Clonazépam</i> (<i>Rivotril</i> ®)	0,032	-0,016	0,10
<i>Olanzapine</i> (<i>Zyprexa</i> ®)	0,065	0,098	0,009
<i>Trazodone</i> (<i>Desyrel</i> ®)	0,024	0,018	0,026
<i>Venlafaxine</i> (<i>Effexor</i> ®)	0,115	0,052	-0,216
<i>Oxazépam</i> (<i>Serax</i> ®)	-0,280**	-0,344**	0,232
<i>Flurazépam</i> (<i>Dalman</i> ®)	-0,078	-0,032	-0,149
<i>Citalopram</i> (<i>Celexa</i> ®)	0,159†	0,201†	0,105
<i>Paroxétine</i> (<i>Paxil</i> ®)	-0,113	-0,046	-0,211
<i>Mirtazapine</i> (<i>Remeron</i> ®)	0,020	0,045	-0,023
<i>Témazépam</i> (<i>Restoril</i> ®)	0,020	-0,032	0,102
<i>Hydroxyzine</i> (<i>Atarax</i> ®)	-0,124	-0,131	-0,123
<i>Risperidone</i> (<i>Risperdal</i> ®)	0,066	0,083	0,043
<i>Gabapentine</i> (<i>Neurontin</i> ®)	0,011	0,083	-0,097
<i>Divalproex sodique</i> (<i>Épival</i> ®)	0,172†	0,212	0,105

<i>Chlordiazépoxide</i> (<i>Librium®</i>)	-0,150	-0,131	-0,183
<i>Méthotriméprazine</i> (<i>Nozinan®</i>)	0,030	-0,008	0,111
<i>Diazépam</i> (<i>Valium®</i>)	-0,149†	-0,099	-0,247
<i>Amitriptyline</i> (<i>Élaval®</i>)	-0,028	0,040	-0,199
<i>Clonidine</i> (<i>Catapress®</i>)	-0,191*	-0,217†	-0,139

Note : † = $p < 0,10$ * = $p < 0,05$ ** = $p < 0,01$

En ce qui a trait à l'échantillon total, les prescriptions d'oxazépam ($p < 0,01$), et de clonidine ($p < 0,05$) ont été identifiées comme ayant une relation significative et inverse avec le fait d'avoir commis un crime violent. Les prescriptions de citalopram ($p < 0,10$), de divalproex sodique ($p < 0,10$) et de diazépam ($p < 0,10$, relation inverse) ont tendance à l'être. Chez les hommes, le fait d'avoir reçu un traitement à l'oxazépam ($p < 0,01$) au cours des cinq dernières années a été identifié comme ayant une relation significative et inverse avec la commission d'un délit violent. Les usages de citalopram ($p < 0,10$) et de clonidine ($p < 0,10$, relation inverse) ont tendance à l'être également. Quant aux femmes, aucun usage de médicament psychotrope ne semble être associé à la commission de délits violents.

Tableau XI
Relations entre les caractéristiques pharmacologiques (classes) des contrevenants et la violence

Classe de médicaments psychotropes	Violence (Coefficient Phi)		
	Total	Hommes	Femmes
Anxiolytiques	-0,149†	-0,210†	-0,043
Antidépresseurs	-0,054	-0,018	-0,161
Antipsychotiques	0,055	0,186†	-0,211†
Stabilisateurs de l'humeur	0,048	0,189†	-0,162
Antiparkinsoniens	0,093	0,265*	-0,247
Agonistes alpha-2 adrénergiques (clonidine)	-0,191*	-0,217†	-0,139
Psychostimulants	-0,103	-0,179	0,020

Note : † = $p < 0,10$ * = $p < 0,05$ ** = $p < 0,01$

Lorsque les médicaments psychotropes sont regroupés en classes, on constate que, pour l'échantillon total, les prescriptions d'agonistes alpha-2 adrénergiques ou clonidine ($p < 0,05$, relation inverse) sont associées à la commission de délits violents et les prescriptions d'anxiolytiques ($p < 0,10$, relation inverse) ont aussi tendance à l'être. En ce qui concerne le sous-groupe d'hommes, les antiparkinsoniens ($p < 0,05$) prescrits au cours des cinq dernières années sont associés à la commission de crimes violents. De plus, les anxiolytiques ($p < 0,10$, relation inverse), les antipsychotiques ($p < 0,10$), les stabilisateurs de l'humeur ($p < 0,10$) et la clonidine ($p < 0,10$, relation inverse) ont tendance à l'être. Enfin, concernant le sous-groupe de femmes, une seule classe de médicaments psychotropes prescrits au cours des cinq dernières années a tendance à être associée à la violence. Il s'agit des antipsychotiques ($p < 0,10$, relation inverse).

3.2.3 CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES ET VIOLENCE

Afin de déterminer si les caractéristiques liées à l'âge des contrevenants sont associées à la commission de délits violents, des tests de moyenne ont été effectués. Les résultats sont présentés au tableau XII.

Tableau XII

Relations entre les caractéristiques liées à l'âge des contrevenants et la violence

Caractéristiques liées à l'âge	Violence (Éta)		
	Total	Hommes	Femmes
Âge 15 décembre 2006	0,161†	0,178	0,128
Âge lors du 1 ^{er} antécédent	0,177*	0,139	0,275†

Note : † = $p < 0,10$ * = $p < 0,05$ ** = $p < 0,01$

Concernant l'âge en date du 15 décembre 2006, il s'avère avoir une relation significative avec le fait d'avoir commis un délit violent uniquement pour l'échantillon total. Le éta étant de 0,161 ($p < 0,10$), cela veut dire que les personnes incarcérées en raison d'un délit violent ont tendance à être plus jeunes que celles qui le sont en raison d'un délit non-violent. Quant à l'âge au moment du premier antécédent judiciaire, les coefficients éta sont significatifs pour l'échantillon total et pour les femmes. Les coefficients éta respectifs sont de 0,177 et 0,275, ce qui veut dire que les personnes incarcérées en raison d'un délit violent avaient tendance à être plus jeunes lors de leur premier antécédent judiciaire, que les contrevenants incarcérés en raison d'un délit non-violent.

Concernant le statut civil des contrevenants, aucune relation significative n'a été obtenue en lien avec la violence.

3.3 RÉSULTATS DES RÉGRESSIONS LOGISTIQUES

Trois régressions logistiques ont été effectuées, soit une pour l'échantillon total, une pour les hommes et une pour les femmes. Les résultats sont présentés au tableau XIII. Les trois modèles sont significatifs à $p < 0,00$. Le modèle portant sur l'échantillon total explique 34,1% de la variance de la violence chez les détenus psychotiques et prédit correctement le fait d'être un détenu violent dans 71,1% des cas. Le modèle portant sur les hommes explique 47,0% de la variance de la violence et prédit correctement le fait d'être un détenu violent dans 76,6% des cas. Enfin, le modèle portant sur les femmes explique 40,6% de la variance de la violence et prédit correctement le fait d'être une détenue violente 72,7% des fois.

Tableau XIII

Régressions logistiques des prédicteurs de la violence chez les détenus psychotiques

Prédicteurs	1/Exp(B)		
	Total	Hommes	Femmes
Antécédent voie de fait	2,56*	2,65†	4,65*
Schizophrénie	3,00*	3,09**	
Intoxication par l'alcool, la drogue ou un médicament psychotrope			4,48†
Trouble SPA			10,75†
Symptômes généraux		0,20*	
Oxazépam	0,29†		
Clonidine		0,02*	
Citalopram	5,62**	23,81*	
Antipsychotiques		9,71**	0,12*
Anxiolytiques		0,10**	
Signification	0,000	0,000	0,003
R² de Nagelkerke	0,341	0,470	0,406
% de bonnes prédictions	71,1	76,6	72,7

Note : † = $p < 0,10$ * = $p < 0,05$ ** = $p < 0,01$

Le modèle portant sur l'échantillon total démontre que les détenus psychotiques, ayant au moins un antécédent de voie de fait ($1/\text{Exp}(B) = 2,56$, $p < 0,05$), qui souffrent de schizophrénie plutôt que d'un autre trouble psychotique

(1/Exp (B) = 3,00, $p < 0,05$) et qui ont reçu un traitement au citalopram, un antidépresseur (1/Exp(B) = 5,62, $p < 0,01$), au cours des cinq dernières années, sont plus susceptibles de faire partie du groupe des contrevenants violents. Par ailleurs, la prise d'oxazépam, un hypnotique, (1/Exp(B) = 0,29, $p < 0,10$) au cours des cinq dernières années tend à diminuer les risques de faire partie de ce groupe.

Le modèle portant sur les hommes démontre que les contrevenants psychotiques qui ont au moins un antécédent de voie de fait (1/Exp(B) = 2,65, $p < 0,10$) tendent davantage à commettre des délits violents que ceux qui n'en ont pas. Les hommes qui ont pris au moins un antipsychotique (1/Exp(B) = 9,71, $p < 0,05$), qui souffrent de schizophrénie plutôt que d'un autre trouble psychotique (1/Exp(B) = 3,09, $p < 0,01$) et qui ont reçu un traitement au citalopram (1/Exp(B) = 23,81, $p < 0,05$) sont plus susceptibles de faire partie du groupe de contrevenants violents. Par ailleurs, les hommes qui ont pris de la clonidine, un agoniste alpha-2 adrénergique, (1/Exp(B) = 0,02, $p < 0,05$), qui ont pris au moins un anxiolytique (1/Exp(B) = 0,10, $p < 0,01$) et qui souffrent de symptômes généraux (surtout insomnie) (1/Exp(B) = 0,20, $p < 0,05$) ont moins tendance à faire partie de ce groupe.

Enfin, le modèle sur les femmes démontre que les contrevenantes psychotiques qui ont au moins un antécédent de voie de fait (1/Exp(B) = 4,65, $p < 0,05$) sont plus susceptibles de faire partie du groupe des femmes incarcérées violentes. Contrairement aux hommes, celles qui ont pris au moins un médicament antipsychotique (1/Exp(B) = 0,12, $p < 0,05$) ont moins de risque de faire partie de ce groupe. Par ailleurs, les femmes qui souffrent d'un trouble lié aux substances (1/Exp(B) = 10,75, $p < 0,10$) ainsi que celles qui ont reçu un diagnostic d'intoxication par l'alcool, la drogue ou par un médicament psychotrope (1/Exp(B) = 4,48, $p < 0,10$) ont tendance à faire plus souvent partie du groupe des contrevenantes violentes.

Il est possible d'observer que le modèle portant exclusivement auprès des hommes ainsi que celui auprès des femmes arrivent à mieux prédire la violence que celui portant sur l'échantillon total. Cela s'explique par le fait que le sexe est une caractéristique très importante dans la prédiction de la violence chez les contrevenants psychotiques des prisons du Québec. En effet, comme les hommes et les femmes psychotiques incarcérés ne présentent pas les mêmes caractéristiques liées à la violence, il est normal que les modèles spécifiques aux hommes et aux femmes soient plus performants que le modèle général. Il faudrait tenir compte du sexe dans le modèle général afin d'augmenter sa capacité à prédire la violence.

CHAPITRE 4

DISCUSSION

Ce mémoire avait pour but d'identifier ce qui distingue les détenus psychotiques violents des détenus psychotiques non violents dans les prisons québécoises. Quant aux objectifs, ils se formulaient comme suit :

1. Déterminer dans quelle mesure le diagnostic de trouble lié aux substances est associé au fait d'être incarcéré pour un délit violent chez les contrevenants psychotiques des prisons québécoises
2. Déterminer dans quelle mesure le diagnostic de dépression est associé au fait d'être incarcéré pour un délit violent chez les contrevenants psychotiques des prisons québécoises
3. Déterminer quels antécédents de prescriptions de médicaments psychotropes sont associés au fait d'être incarcéré pour un délit violent chez les contrevenants psychotiques des prisons québécoises
4. Déterminer si les hommes et les femmes psychotiques détenus dans les prisons québécoises présentent les mêmes caractéristiques associées à la violence.

Les régressions logistiques ont permis d'identifier quelles caractéristiques, parmi celles identifiées dans les analyses bivariées, arrivent à prédire correctement les délits violents chez les détenus psychotiques des prisons du Québec. Ainsi, les analyses statistiques effectuées ont permis de dresser trois profils identifiant les caractéristiques distinctives des personnes psychotiques violentes incarcérées dans prisons du Québec. Le premier profil correspond à l'ensemble des contrevenants psychotiques violents. Le deuxième profil identifie exclusivement les caractéristiques des hommes psychotiques violents. Enfin, le troisième profil identifie les caractéristiques des femmes psychotiques violentes.

Les résultats de cette étude supportent plus ou moins l'hypothèse selon laquelle le fait d'avoir déjà reçu un diagnostic de dépression, de trouble lié aux substances (alcool et drogues) ou de trouble de personnalité, en comorbidité avec un

trouble psychotique, augmente les risques de violence. En effet, il semble que ce soit davantage les antécédents judiciaires, le type de trouble psychotique et le type de médicaments psychotropes prescrits au cours des cinq dernières années qui distinguent les contrevenants psychotiques incarcérés pour un acte violent des autres contrevenants dans les prisons du Québec. Cependant, chez les femmes, la consommation de SPA semble être en lien avec la violence.

La présente discussion aborde d'abord, de manière détaillée, les caractéristiques qui distinguent les participants violents de ceux qui ne le sont pas. Ensuite, il sera question des limites de la présente étude. Pour terminer, des pistes de recherche pour des travaux futurs seront proposées.

4.1 FACTEURS DE RISQUE CLASSIQUES LIÉS À LA VIOLENCE

Les facteurs de risque se définissent comme des caractéristiques ou des traits, présents chez une personne, qui peuvent être mis en relation statistique avec la criminalité ou la violence (Ouimet, 2009). Les facteurs de risque dits classiques sont des caractéristiques ou des traits, qui, lorsque présents chez un individu, augmentent les risques de violence chez celui-ci, qu'il soit atteint d'un trouble mental ou non (Dubreucq, Joyal & Millaud, 2005; Walsh et al., 2002). Ces facteurs de risque sont, à titre d'exemple, la consommation ou l'abus d'alcool, le non-emploi, le sexe (être un homme) et autres.

4.1.1 ANTÉCÉDENTS JUDICIAIRES

Les antécédents judiciaires représentent un facteur de risque classique lié à la criminalité. En effet, pour de nombreux chercheurs et cliniciens, le meilleur prédicteur du comportement futur est le comportement passé (Prince et al., 2007). Les antécédents de voie de fait sont les seuls qui ont pu être inclus dans les analyses en raison des données manquantes dans les autres catégories d'antécédents. Les

antécédents de voie de fait augmentent significativement le risque de violence chez les contrevenants psychotiques des prisons québécoises. Cette observation a été faite auprès des trois groupes à l'étude, c'est-à-dire, l'échantillon total, le sous-groupe d'hommes et le sous-groupe de femmes. Les gens qui ont un antécédent de voie de fait sont donc de 2,6 à 4,7 fois plus à risque de commettre un délit violent que ceux qui n'en ont pas. Cela concorde avec les conclusions d'autres études portant sur les antécédents de violence en tant que facteur de risque (Dolan & Doyle, 2000; Dubreucq et al., 2005).

4.1.2 DROGUES ET ALCOOL

La consommation ou l'abus d'alcool ou de drogues constitue aussi un facteur de risque classique. Les diagnostics d'intoxication par l'alcool, la drogue ou un médicament psychotrope ainsi que de trouble lié aux SPA sont les deux variables reliées aux drogues et à l'alcool qui ont été incluses dans les régressions logistiques. Contrairement à ce qui est trouvé dans la littérature, ces deux diagnostics n'augmentent significativement le risque de violence que chez les contrevenantes. En effet, ces dernières présentent un risque quatre fois et demi plus élevé de commettre un délit violent si elles ont reçu un diagnostic d'intoxication par l'alcool, la drogue ou un médicament psychotrope et 11 fois plus élevé si elles souffrent d'un trouble lié aux SPA. Ceci est un résultat étonnant puisque dans la littérature, les études démontrent que la consommation de SPA augmente les risques de violence chez les gens souffrant d'un trouble psychotique ou d'un TMGP, peu importe le sexe du contrevenant (Monahan et al., 2001; Monahan & Appelbaum, 2000; Fazel et al., 2009; Swartz et al., 1998b). Une explication possible de cette observation est l'absence de crimes très graves dans la base de données utilisée, tels des homicides, étant donné qu'il s'agit de détenus issus des prisons provinciales. Ainsi, s'il y avait eu présence de violences graves dans l'étude, on peut faire l'hypothèse que les diagnostics de consommation de SPA auraient été liés à la violence chez les hommes. Les psychoses liées aux drogues et à l'alcool ne seront pas abordées dans

cette section de la discussion puisqu'elles ne constituent pas des facteurs de risque classiques.

4.2 FACTEURS DE RISQUE SPÉCIFIQUES LIÉS À LA VIOLENCE

Les facteurs de risque spécifiques liés à la violence sont des caractéristiques qui sont propres aux gens aux prises avec un trouble mental. Ces facteurs peuvent être, par exemple, les symptômes précis du trouble, d'autres troubles mentaux présents en comorbidité, les médicaments psychotropes et autres.

4.2.1 SOUS-CATÉGORIES DE TROUBLES PSYCHOTIQUES

Lorsque les divers troubles psychotiques sont comparés, il semble que le diagnostic de schizophrénie représente un risque accru pour la violence. En effet, les contrevenants qui souffrent de schizophrénie, plutôt que d'un autre trouble psychotique, seraient plus à risque de commettre des délits violents. Cette observation est valide pour l'échantillon total (odds ratio = 3,00) et pour le sous-groupe d'hommes (odds ratio = 3,09). Les études ne sont pas unanimes quant à cette observation. Ainsi, selon Monahan et Appelbaum (2000), les gens souffrant de schizophrénie seraient moins à risque d'adopter des comportements violents que ceux souffrant du trouble bipolaire ou d'un autre trouble psychotique. Les auteurs font cette observation tant chez les gens souffrant d'un trouble lié aux SPA en comorbidité que chez ceux n'en souffrant pas. À l'opposé, Fazel et Grann (2006) soutiennent que les personnes souffrant de schizophrénie seraient plus à risque de commettre des crimes violents que les personnes souffrant d'autres psychoses. En effet, ils observent que les personnes schizophrènes auraient 6,3 fois plus de risques de commettre un crime violent que le reste de la population alors les personnes souffrant d'autres troubles psychotiques en auraient que 3,2 fois plus.

4.2.2 TROUBLES MENTAUX COMORBIDES

Une seule catégorie de troubles mentaux présents en comorbidité, au cours des cinq dernières années, distingue les contrevenants psychotiques violents de ceux qui ne le sont pas. Il s'agit de la catégorie des symptômes généraux (surtout troubles du sommeil). Ce constat est valide pour le sous-groupe d'hommes seulement. Ainsi, les hommes psychotiques qui ont souffert de symptômes généraux (surtout troubles du sommeil), au cours des cinq ans précédant leur incarcération, sont significativement moins à risque de commettre des délits violents que ceux qui n'en souffrent pas. En raison de l'instabilité des troubles du sommeil, il est difficile d'interpréter ce constat sans connaître le moment auquel ces troubles ont débuté. En effet, il ne s'agit pas d'un diagnostic qui demeure relativement stable tout au cours de la vie adulte, comme la schizophrénie ou le trouble bipolaire par exemple, mais plutôt d'une condition ponctuelle, qui peut se manifester chez un individu lorsque celui-ci vit une période particulièrement difficile.

4.2.3 MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES

De manière plus générale, les antécédents de prescription de deux classes de médicaments sont liés à la violence de manière significative. Il s'agit des antipsychotiques et des anxiolytiques. Il est logique que ces deux classes de médicaments soient utilisées auprès des personnes présentant des comportements violents puisque les troubles qu'ils traitent, c'est-à-dire l'anxiété, la dépression et les divers symptômes des troubles psychotiques, représentent des facteurs de risque pour la violence (Swanson et al., 1990; Hodgins, 2008; Mojtabai, 2006). Plus précisément, la prescription d'antipsychotiques, au cours des cinq dernières années, augmente les risques de violence chez le sous-groupe d'hommes. Par contre, chez les femmes, ils diminuent les risques de violence. Fava (1997) rapporte que les antipsychotiques sont efficaces pour réduire les comportements d'agression chez les personnes psychotiques. Une explication hypothétique pour justifier le fait que les

antipsychotiques augmentent les risques de violence chez les hommes et qu'ils les diminuent chez les femmes est la suivante : étant donné que nous n'avons pas la date de prescription, possiblement que les antipsychotiques auraient été davantage prescrits après l'acte violent chez les hommes alors qu'ils auraient été prescrits plus fréquemment avant l'acte violent chez les femmes. De cette manière, les antipsychotiques n'auraient pas pu avoir l'effet attendu chez les hommes, c'est-à-dire de diminuer le risque de passage à l'acte. Par ailleurs, les antécédents de prescription d'anxiolytiques, au cours des cinq dernières années, quant à eux, diminuent le risque de délits violents chez les hommes seulement. Pietras, Lieving, Cherek, Lane, Tcheremissine et Nouvion (2005) rapportent que les anxiolytiques, particulièrement les benzodiazépines sont efficaces dans la réduction des comportements violents. Le petit nombre de femmes à l'étude explique possiblement pourquoi, chez celles-ci, la relation n'est pas significative entre la prise d'anxiolytiques et la commission d'actes de violence.

De manière plus spécifique, des antécédents de prescription de trois médicaments psychotropes distinguent les contrevenants psychotiques violents de ceux qui ne le sont pas, dans les prisons du Québec. Les prescriptions d'oxazépam (anxiolytique) et de clonidine (agoniste alpha-2 adrénergique) sont inversement associées au fait d'être incarcéré pour un délit violent et la prescription de citalopram (antidépresseur) y est positivement associée.

La prescription d'oxazépam, un anxiolytique de type benzodiazépine, est liée à la violence dans l'étude actuelle, mais de manière inverse, c'est-à-dire que les personnes incarcérées traitées à l'oxazépam se retrouvent moins souvent dans le groupe des détenus incarcérés pour un délit violent. Selon le *Drug Information Handbook* (Lacy, Armstrong, Goldman & Lance, 2007) (une référence pour les pharmaciens), ses trois principales utilisations sont : traitement de l'anxiété, facilitation du sevrage d'alcool et anticonvulsivant. Dans notre échantillon, des analyses secondaires (tableaux croisés) montrent que les trois diagnostics les plus

fréquents chez les incarcérés psychotiques qui ont reçu un traitement d'oxazépam sont : les troubles névrotiques-anxieux, les troubles de personnalité et la pharmacodépendance. Chez nos participants, le traitement à l'oxazépam diminue significativement les risques de violence pour l'échantillon total. Il s'agit donc d'un facteur de protection.

Très peu d'études portent sur le lien entre la prise d'oxazépam et les comportements violents. Maiuro et Avery (1996) rapportent que la prise d'oxazépam inhibe une variété de comportements violents, tant offensifs que défensifs (en réponse à de la provocation). De son côté, Glancy (2002) observe que le traitement à l'oxazépam est efficace dans la réduction des comportements violents. Par contre, une étude de Pietras et al. (2005) soutient que la prise de certains anxiolytiques tels que l'oxazépam augmente les comportements agressifs. À notre connaissance, aucune étude ne porte spécifiquement sur la prise d'oxazépam, auprès de personnes judiciairisées, psychotiques, à risques de symptômes anxieux et de comportements violents.

La clonidine, comme mentionné ci-haut, est un agoniste alpha-2 adrénergique. Cette molécule pourrait être qualifiée de « couteau suisse » en raison de la multitude d'utilisations qu'on lui reconnaît. Selon le *Drug Information Handbook*, les trois principales utilisations de la clonidine sont : le traitement de l'hypertension artérielle, la facilitation d'un sevrage d'héroïne ou de nicotine et en cas de douleurs sévères. De plus, toujours selon le *Drug Information Handbook*, la clonidine est utilisée dans le traitement des comportements agressifs chez les gens souffrant du trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH). Dans la présente étude, des analyses secondaires (tableaux croisés) montrent que la clonidine a surtout été utilisée auprès des gens souffrant troubles névrotiques-anxieux, de troubles de personnalité et de pharmacodépendance. Parmi notre échantillon, le traitement à la clonidine est lié à la violence de manière significative et inverse chez le sous-groupe d'hommes. Ainsi, les hommes psychotiques qui en consomment sont

moins à risque de commettre des délits violents que les hommes qui n'en consomment pas. Il s'agit donc d'un facteur de protection. Aucune relation significative n'a été observée pour l'échantillon total ou pour les femmes.

Dans la littérature, on constate que la clonidine est habituellement efficace pour réduire les comportements d'agression chez les jeunes souffrant d'un TDAH et qui présentent des comportements agressifs (Connor, Barckley & Davis, 2000). De plus, la clonidine semble être efficace dans la réduction des comportements agressifs chez les enfants et les adolescents souffrant d'autisme (Parikh, Kolevzon & Hollander, 2008; Weller, Rowan, Elia & Weller, 1999). Enfin, la clonidine semble aussi être efficace contre les comportements violents chez les jeunes souffrant d'un trouble de la conduite (Weller et al., 1999). À notre connaissance, il n'existe aucune étude portant sur l'usage de la clonidine chez les gens souffrant de troubles psychotiques et à risques de manifester des symptômes anxieux et des comportements violents.

Enfin, la prescription de citalopram, un antidépresseur de type inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (ISRS) est un prédicteur de la violence dans le cadre de la présente étude. En principe, cela pourrait signifier que les médecins ont dépisté des symptômes dépressifs, sans nécessairement poser un diagnostic de dépression majeure. Selon le *Drug Information Handbook*, les trois utilisations principales du citalopram sont : traitement de la dépression, traitement de la démence et cessation tabagique. Dans l'étude actuelle, des analyses secondaires (tableaux croisés) montrent que le citalopram est principalement utilisé chez les personnes souffrant d'un trouble névrotique-anxieux, d'une pharmacodépendance, d'un trouble de la personnalité ou d'un trouble dépressif. Dans ce cas-ci, le traitement au citalopram augmente les risques de violence chez les gens qui en consomment. Cette observation est valide pour l'échantillon total et pour le sous-groupe d'hommes.

Dans la littérature, on observe plutôt que le citalopram est efficace dans la réduction des comportements violents. Ainsi, Fava (1997) rapporte que le citalopram est plus efficace qu'un placebo dans la réduction de la fréquence des comportements violents chez les gens souffrant d'un trouble psychotique. De plus, Goedhard et al. (2006), Pollock et al. (2002) ainsi que Vartiainen et al. (1995) observent que le citalopram est plus efficace qu'un placebo chez les personnes souffrant de schizophrénie dans la réduction des comportements agressifs. Nos résultats indiquent que les personnes, dans l'étude, qui ont des comportements violents se font plus souvent prescrire du citalopram que celles qui ne présentent pas de tels comportements.

4.3 CARACTÉRISTIQUES N'ÉTANT PAS ASSOCIÉES À LA VIOLENCE

Certains facteurs de risque, identifiés dans la recension des écrits comme étant liés à la violence, n'ont pas été observés dans cette étude. En effet, aucun des troubles mentaux comorbides ne ressort comme étant lié de manière significative à la violence, à l'exception du trouble lié aux SPA chez les femmes. Par contre, certaines prescriptions de médicaments servant à traiter ces troubles (oxazépam, clonidine, citalopram) ressortent comme étant liés à la violence. Une explication possible à cette observation serait que les médecins prescrivent des médicaments, pour soulager des symptômes spécifiques et non forcément pour traiter un trouble avéré relevant de l'axe I ou II (Connor, 2002). Par exemple, un médecin qui prescrit un antidépresseur à un détenu se plaignant d'humeur dépressive ne diagnostiquera pas nécessairement chez ce dernier un trouble de dépression majeure. Ainsi, cela peut expliquer pourquoi certains médicaments ressortent comme étant liés à la violence alors que les troubles qu'ils traitent, quant à eux, ne ressortent pas.

En outre, on aurait pu s'attendre à ce que l'incarcération pour un délit violent soit associée à des antécédents de prescription d'antipsychotiques atypiques tels que : le risperidone, la quétiapine et l'olanzapine. En effet, ces molécules sont

souvent utilisées auprès des gens souffrant de schizophrénie qui présentent des comportements violents (Lacy et al., 2007). Des études portant spécifiquement sur ces molécules rapportent qu'elles sont plus efficaces que la clozapine, le premier antipsychotique atypique à avoir été commercialisé et que l'halopéridol, un antipsychotique typique² (Bitter, Czobor, Dossenbach & Volavka, 2005). Selon Lafortune et al. (2008), dans cette base de données, 74,1% des prescriptions de médicaments psychotropes ont été émises par des omnipraticiens, 19,1% par des psychiatres et 6,8% par des médecins provenant d'autres spécialités (ex : santé communautaire, médecine interne ou pédiatrie). Or, il est possible que les omnipraticiens soient moins à l'aise pour prescrire des médicaments antipsychotiques.

4.4 LIMITES DE L'ÉTUDE

Une première limite de cette étude est l'absence de toute vérification d'accord inter-juge au plan des diagnostics. En effet, même si les médecins ont en principe reçu des formations équivalentes, il se peut qu'ils n'exercent pas leur jugement clinique de la même façon. Par conséquent, il n'est pas possible d'exclure la possibilité qu'il y ait des différences individuelles entre médecins lorsque vient le temps de poser un diagnostic. Une autre limite de cette étude est la petite taille de l'échantillon (n=121). Ainsi, cela limitera la représentativité des résultats et leur possible généralisation. Par ailleurs, le fait que nous ne sachions pas si les diagnostics et les prescriptions ont eu lieu avant ou après la commission des délits nous empêche d'analyser plus précisément leurs relations avec les délits violents. Enfin, les données utilisées provenant du système DACOR sont parfois incomplètes et peuvent contenir certaines erreurs (Robitaille et al., 2002).

² Rappelons que les antipsychotiques typiques engendrent des effets secondaires graves qui restreignent leur utilisation, tels des symptômes extrapyramidaux, comme du parkinsonisme (Pineyro, Lonergan & Benaliouad, 2010).

4.5 PISTES POUR LES ÉTUDES FUTURES

Il serait intéressant pour les recherches futures de faire des études de type longitudinal. De cette manière, il serait plus facile de voir quels troubles ou quelles caractéristiques mènent à la commission de délits violents chez les personnes aux prises avec un trouble psychotique dans les prisons du Québec. De plus, comme le type de psychose le plus répandu parmi les détenus des prisons du Québec est la psychose due aux drogues, il serait intéressant d'avoir des études menées spécifiquement auprès de gens aux prises avec ce type de psychose. En effet, ce genre d'étude est très rare et mieux comprendre cette réalité permettrait de mieux répondre aux besoins particuliers de ces personnes. Ainsi, il serait plus facile d'effectuer de la prévention si l'on connaissait bien les facteurs de risque qui leur sont associés.

CONCLUSION

Depuis un certain nombre d'années, une majorité de chercheurs soutient que les personnes souffrant de troubles psychotiques sont plus à risque d'adopter des comportements violents que la population générale (Swanson, Swartz, Van Dorn, Elbogen, Wagner, Rosenheck, Stroup, McEvoy & Lieberman, 2006). La violence commise par ces gens est problématique pour les systèmes de justice et de santé québécois en raison des coûts sociaux et financiers qu'elle engendre (Ministère de la Sécurité publique, 1993). La prédiction de ces agissements est donc primordiale dans le but d'en réduire la fréquence. Afin de prédire le plus précisément possible ces comportements, il est essentiel de connaître les facteurs de risque qui y sont liés. Ainsi, il s'avère utile de dresser un portrait des facteurs de risque liés à la violence chez les détenus psychotiques des prisons québécoises, puisqu'à ce jour, aucune étude n'a été menée auprès de cette population spécifique. Cela pourrait permettre de leur offrir des traitements qui soient spécifiquement adaptés à leurs besoins et ainsi réduire la fréquence de leurs comportements violents.

L'objectif principal de ce mémoire était donc de déterminer ce qui distingue les contrevenants psychotiques violents des contrevenants psychotiques non violents dans les prisons du Québec. Dans la recension des écrits, il a été possible de constater que certaines caractéristiques présentes chez les personnes psychotiques ont été identifiées comme étant des facteurs de risque pour la violence. Brièvement, il s'agit des troubles liés aux SPA, de la dépression et des troubles de personnalité. À l'inverse, certains médicaments psychotropes seraient efficaces dans la réduction des comportements violents chez cette population.

Afin de répondre à la question de recherche, des régressions logistiques ont été effectuées. Elles ont permis de dresser trois profils des caractéristiques qui distinguent les contrevenants psychotiques violents des contrevenants psychotiques non violents incarcérés dans les prisons québécoises. Ainsi, un profil a été dressé pour l'échantillon total, un autre pour le sous-groupe d'hommes et un dernier pour le sous-groupe de femmes.

Tout d'abord, les résultats montrent que les antécédents de comportements violents sont déterminants quant au risque de violence chez cette population. En effet, les antécédents de voie de fait se sont avérés être de bons prédicteurs de la violence. Ensuite, une catégorie spécifique de troubles psychotiques semble engendrer davantage de violence que les autres types de troubles psychotiques. Il s'agit de la schizophrénie. Les troubles liés aux SPA sont également liés au passage à l'acte violent chez les personnes contrevenantes des prisons québécoises. Enfin, certaines classes de médicaments se sont avérées avoir un lien avec la violence. Il s'agit des anxiolytiques et des antipsychotiques. De manière plus spécifique, le traitement à la clonidine, un agoniste alpha-2 adrénergique, au citalopram, un ISRS et à l'oxazépam, une benzodiazépine, semblent être en lien avec la violence chez cette population.

Par ailleurs, il est possible de constater qu'il y a des différences significatives entre les hommes et les femmes quant aux facteurs de risque qui leur sont associés. En effet, les hommes psychotiques violents détenus dans les prisons du Québec seraient caractérisés par un diagnostic de schizophrénie alors que les femmes psychotiques, quant à elles, seraient caractérisées par des troubles liés aux SPA. De plus, la violence chez les hommes serait en lien avec les troubles du sommeil. Quant à la médication, il existe aussi des différences entre les hommes et les femmes. D'une part, la violence des hommes serait en lien avec la prise d'anxiolytiques, d'antipsychotiques, d'oxazépam, de citalopram et de clonidine. D'autre part, la violence chez les femmes le serait uniquement avec la prise d'antipsychotiques.

Dans l'avenir, il serait intéressant de faire des études de type longitudinal auprès de la clientèle des prisons québécoises souffrant d'un trouble psychotique ainsi que plus spécifiquement auprès des personnes aux prises avec une psychose due aux drogues étant donné que peu d'études portent spécifiquement sur ce type de psychose.

RÉFÉRENCES

- Appelbaum, P. S., Clark Robbins, P., & Monahan, J. (2000). Violence and Delusions: Data from the MacArthur Violence Risk Assessment Study. *American Journal of Psychiatry*, 157, 566-572.
- Arboleda-Flórez, J. (2009). Mental Patients in Prison. *World Psychiatry*, 8, 187-189.
- Arsenault, L., Moffit, T. E., Caspi, A., Taylor, P. J., & Silva, P. A. (2000). Mental Disorders and Violence in a Total Birth Cohort. *Archives of General Psychiatry*, 57, 979-986.
- Bitter, I., Czobor, P., Dossenbach, M., & Volavka, J. (2005). Effectiveness of Clozapine, Quetiapine, Risperidone, and Haloperidol Monotherapy in Reducing Hostile and Aggressive Behavior in Outpatients treated for Schizophrenia: a Prospective Naturalistic Study (IC-SOHO). *European Psychiatry*, 20, 403-408.
- Boles, S. M., & Miotto, K. (2003). Substance Abuse and Violence A Review of the Literature. *Aggression and Violent Behavior*, 8, 155-174.
- Bourgeois, M. L. (2004). Psychopathologie et comorbidité psychiatrique. *Annales médico-psychologiques*, 157, 475-486.
- Brennan, P. A., Mednick, S. A., & Hodgins, S. (2000). Major Mental Disorders and Criminal Violence in a Danish Birth Cohort. *Archives of General Psychiatry*, 57, 494-500.
- Brink, J. H., Doherty, D., & Boer, A. (2001). Mental Disorder in Federal Offenders: A Canadian Prevalence Study. *International Journal of Law and Psychiatry*, 24, 339-356.
- Buchanan, A., & David, A. (1994). Compliance and the Reduction of Dangerousness.

Journal of Mental Health, 3, 427-429.

Centre québécois de lutte aux dépendances. (2006). *Drogues Savoir plus risquer moins*. Montréal, Canada : Auteur.

Citrome, L. Volavka, J., Czobor, P., Sheitman, B., Lindermayer, J-P., McEvoy, J., Cooper, T. B., Chakos, M., & Lieberman, J. A. (2001). Effects of Clozapine, Olanzapine, Risperidone, and Haloperidol on Hostility among Patients with Schizophrenia. *Psychiatric Services, 52*, 1510-1514.

Citrome, L., Casey, D. E., Daniel, D. G., Wozniak, P., Kochan, L. D., & Tracy, K. A. (2004). Adjunctive Divalproex and Hostility among Patients with Schizophrenia Receiving Olanzapine or Risperidone. *Psychiatric Services, 55*, 290-294.

Connor, D. F., Barckley, R. A., & Davis, H. T. (2000). A Pilot Study of Methylphenidate, Clonidine, or the Combination in ADHD Comorbid with Aggressive Oppositional Defiant or Conduct Disorder. *Clinical Pediatrics, 39*, 15-25.

Connor, D. F. (2002). *Aggression and Antisocial Behavior in Children and Adolescents: Research and Treatment*. New York: The Guilford Press.

Côté, G. (2001). Les instruments d'évaluation du risque de comportements violents : mise en perspective critique. *Criminologie, 14*, 32-46.

Desjardins, J. (2007). L'analyse de régression logistique. *Tutorials in Quantitative Methods for Psychology, 1*, 35-41.

Dolan, M., & Doyle, M. (2000). Violence Risk Prediction. *British Journal of Psychiatry, 177*, 303-311.

Dubreucq, J.L., Joyal, C., & Millaud, F. (2005). Risque de violence et troubles mentaux

- graves. *Annales Médico Psychologiques*, 163, 852-865.
- Fava, M. (1997). Anger, Aggression and Violence Psychopharmacologic Treatment of Pathologic Aggression. *Psychiatric Clinics of North America*, 20, 427-451.
- Fazel, S., & Danesh, J. (2002). Serious Mental Disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 Surveys. *The Lancet*, 359, 545-550.
- Fazel, S., & Grann, M. (2006). The Population Impact of Severe Mental Illness on Violent Crime. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1397-1403.
- Fazel, S., Langström, N., Hjern, A., Grann, M., & Lichtenstein, P. (2009). Schizophrenia, Substance Abuse, and Violent Crime. *JAMA*, 301, 2016-2023.
- Feldmann, T. B. (2001). Bipolar Disorder and Violence. *Psychiatric Quarterly*, 72, 119-129.
- Fischman, M. W., & Haney, M. (1999). Neurobiology of Stimulants. In M. Galanter, & H. D. Kleber (Eds.), *Textbook of substance abuse treatment (2nd ed.)* (pp. 21-31). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Glancy, G. D., & Knott, T. F. (2002). Psychopharmacology of Violence. *AAPL Newsletter*, 27, 9-10.
- Goedhard, L. E., Stolker, J. J., Heerdink, E. R., Nijman, H. L. I., Olivier, B., & Egberts, C. G. (2006). Pharmacotherapy for the Treatment of Aggressive Behavior in General Adult Psychiatry: A Systematic Review. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 1013-1024.
- Goldstein, P. J. (1985). The Drugs/Violence Nexus: A Tripartite Conceptual Framework. *Journal of Drug Issues*, 15, 493-506.
- Grisso, T., & Tomkins, A. J. (1996). Communicating Violence Risk Assessments.

American Psychologist, 51, 690-699.

Hodgins, S. (2008). Violent Behavior among People with Schizophrenia: a Framework for Investigations of Causes, and Effective Treatment, and Prevention. *Philosophical Transactions of the Royal Society B*, 363, 2505-2518.

Hodgins, S. Hiscoke, U. L., & Freese, R. (2003). The Antecedents of Aggressive Behavior among Men with Schizophrenia: A Prospective Investigation of Patients in Community Treatment. *Behavioral Sciences and the Law*, 21, 523-546.

Hodgins, S., Alderton, J., Cree, A., Aboud, A., & Mak, T. (2007). Aggressive Behaviour, Victimisation and Crime among Severely Ill Patients Requiring Hospitalisation. *British Journal of Psychiatry*, 191, 343-350.

Hodgins, S., Lapalme, M., & Toupin, J. (1999). Criminal Activities and substance use of Patients with Major Affective Disorders and Schizophrenia: a 2-year follow-up. *Journal of affective Disorders*, 55, 187-202.

Hodgins, S., Mednick, S. A., & Brennan, P. (1996). Mental Disorders and Crime: Evidence from a Danish Birth Cohort. *Archives of Psychiatry*, 53, 489-496.

James, D. J., & Glaze, L. E. (2006). *Mental Health Problems of Prison and Jail Inmates*. Washington, DC: U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs.

Junginger, J., Parks-Levy, J. & McGuire, L. (1998). Delusions and Symptoms-Consistent Violence. *Psychiatric Services*, 49, 218-220.

Kissling, W. (1995). Compliance, Quality Assurance and Standards for Relapse Prevention in Schizophrenia. *Nordic of Journal of Psychiatry*, 49, 7-15.

- Lacy, C. F., Armstrong, L. L., Goldman, M. P., & Lance, L. L. (2007). *Drug Information Handbook*. Hudson, OH: Lexi-Comp.
- Lafortune, D., Vacheret, M., & Cantin, J. (2008). *Les incarcérés provinciaux souffrant de problèmes de santé mentale : Vers une intégration adaptée dans la communauté* (Rapport présenté au Protecteur du citoyen, Assemblée nationale du Québec). Québec : Centre International de Criminologie Comparée, Université de Montréal.
- Lamb, H. R., & Grant, R. W. (1982). The Mentally Ill of an Urban county Jail. *Archives of General Psychiatry*, 39, 17-22.
- Link, B. G., & Stueve, A. (1994). Psychotic Symptoms and the Violent/Illegal Behavior of Mental Patients Compared to Community Controls. In J. Monahan, & H. J. Steadman (Eds.), *Violence and Mental Disorder* (pp. 137- 159). Chicago, IL: The University of Chicago Press.
- Link, B. G., Stueve, A., & Phelan, J. (1998). Psychotic Symptoms and Violent Behaviors: Probing the Components of "Threat/Control-override" Symptoms. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, S55-S60.
- Lyketsos, C. G., Steinberg, M., Tschanz, J. T., Norton, M. C., Steffens, D. C., & Breitner, J. C. S. (2000). Mental and Behavioral Disturbances in Dementia: Findings from the Cache County Study on Memory in Aging. *American Journal of Psychiatry*, 157, 708-714.
- Maiuro, R. D., Avery, D. H. (1996). Psychopharmacological Treatment of Aggressive Behavior: Implications for Domestically Violent Men. *Violence and Victims*, 11, 239-263.
- Malone, R. P., Delaney, M. A., Luebbert, J. F., Cater, J., & Campbell, M. (2000). A Double-Blind Placebo-Controlled Study of Lithium in Hospitalized Aggressive

- Children and Adolescents with Conduct Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 57, 649-654.
- Milton, J., Amin, S., Singh, S. P., Harrison, G., Jones, P., Croudace, T., Medley, I., & Brewin, J. (2001). Aggressive Incidents in First-episode Psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 178, 433-440.
- Ministère de la Sécurité publique du Québec. (1993). Pour un Québec plus sécuritaire : partenaires en prévention. *Rapport de la table ronde sur la prévention de la criminalité*. Retrieved March 15, 2010, from http://www.msp.gouv.qc.ca/prevention/prevention.asp?txtsection=publicat&txtCategorie=table_ronde
- Modestin, J., Hug, A., & Amman, R. (1997). Criminal Behavior in Males with Affective Disorders. *Journal of Affective Disorders*, 42, 29-38.
- Mojtabai, R. (2006). Psychotic-like Experiences and Interpersonal Violence in the General Population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 183-190.
- Monahan, J. (1992). Mental Disorder and Violent Behavior. *American Psychologist*, 47, 511-521.
- Monahan, J., & Appelbaum, P. S. (2000). Reducing Violence Risk. Dans S. Hodgins, (Ed.), *Violence among the Mentally Ill Effective Treatments and Management Strategies* (pp. 19-34). Netherlands: Kluwer Academic Publishers.
- Monahan, J., Steadman, H. J., Silver, E., Appelbaum, P.S., Clark Robbins, P., Mulvey, E. P. Roth, L. H., Grisso, T., & Banks, S. (2001). *Rethinking the Risk Assessment The MacArthur Study of Mental Disorder and Violence*. New York : Oxford University Press

- Moran, P., Walsh, E., Tyrer, P., Burns, T., Creed, F., & Fahy, T. (2003). Impact of Comorbid Personality Disorder on Violence in Psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 182, 129-134.
- National Institute on Drug Abuse. (1998). *Methamphetamine abuse alert*. National Institutes on Health, Author.
- Nolan, K. A., Volavka, J., Mohr, P., & Czobor, P. (1999). Psychopathy and Violent Behavior Among Patients With Schizophrenia of Schizoaffective Disorder. *Psychiatric Services*, 50, 787-792.
- Organisation mondiale de la santé. (1993). *Classification internationale des maladies* (dixième révision). Paris: Auteur.
- Ouimet, M. (2009). *Bases de l'analyse statistique en criminologie*. Montréal: Université de Montréal, École de criminologie.
- Ouimet, M. (2009). *Facteurs criminogènes et théories de la délinquance*. Québec : Les presses de l'Université Laval.
- Parikh, M. S., Kolevzon, A., & Hollander E. (2008). Psychopharmacology of Aggression in Children and Adolescents with Autism: A Critical Review of Efficacy and Tolerability. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 18, 157-178.
- Pietras, C. J., Lieving, L. M., Cherek, D. R., Lane, S. D., Tcheremissine, O. V., & Nouvion, S. (2005). Acute Effects of Lorazepam on Laboratory Measures of Aggressive and Escape Responses of Adult Male Parolees. *Behavioural Pharmacology*, 16, 243-251.
- Pinard, G-F., & Pagani, L. (2001). Clinical Assessment of Dangerousness: An Overview of the Literature. Dans G.F., Pinard, & L. Pagani (Eds.), *Clinical Assessment of Dangerousness Empirical Contributions* (pp. 121-134). Cambridge: Cambridge

University Press.

- Pineyro, G., Lonergan, M., & Benaliouad, F. (2010). Pharmacologie en psychiatrie. In P. Beaulieu, & C. Lambert (Eds.), *Pécis de pharmacologie, Du fondamental à la clinique*. (pp. 346-372). Montréal : Les Presses du l'Université de Montréal.
- Pollock, B. G., Mulsant, B. H., Rosen, J., Sweet, R. A., Mazumdar, S., Bharucha, A., Marin, R., Jacob, N.J., Huber, K. B., Kastango, K. B., Chew, M. L. (2002). Comparison of Citalopram, Perphenazine and Placebo for the Acute Treatment of Psychosis and Behavioral Disturbances in Hospitalized, Demented Patients. *American Journal of Psychiatry*, 159, 460-465.
- Poullot, P., Lafortune, D., & Brochu, S. (2008). Santé mentale, alcool/drogues et violence. Adaptation du modèle tripartite de Goldstein. *Psychotropes*, 14, 157-178.
- Prince, J. D., Akincigil, A., & Bromet, E. (2007). Incarceration Rates of Persons with First-Admission Psychosis. *Psychiatric Services*, 58, 1173-1181.
- Robitaille, C., Guay, J-P., & Savard, C. (2002). *Portrait de la clientèle correctionnelle du Québec 2001*. Montréal : Société de criminologie du Québec pour la DGSC du ministère de la Sécurité publique du Québec.
- Smith, J., & Hucker, S. (1994). Schizophrenia and substance Abuse. *British Journal of Psychiatry*, 165, 13-21.
- Steinberg, M., Sheppard, J-M., Tschanz, J. T., Norton, M. C., Steffens, D. C., Breitner, J. C. S., Lyketsos, C. G. (2003). The Incidence of Mental and Behavioral Disturbances in Dementia: The Cache County Study. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 15, 340-345.

- Swanson, J. W., Borum, R., Swartz M. S., & Mohanan, J. (1996). Psychotic symptoms and Disorders and Risk of Violent Behavior in the Community. *Criminal Behavior and Mental Health*, 6, 309-329.
- Swanson, J. W., Swartz, M. S., Essock, S. M., Osher, F. C., Wagner, H. R., Goodman, L. A., Rosenberg, S. D., & Meador, K. G. (2002). The Social-Environmental Context of Violent Behavior in Persons Treated for Severe Mental Illness. *American Journal of Public Health*, 92, 1523-1531.
- Swanson, J. W., Holzer, C. E., Ganju, V. K., & Jono, R. T. (1990). Violence and psychiatric disorder in the community: Evidence from the Epidemiologic Catchment Area Surveys. *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 716-770.
- Swanson, J. W., Swartz, M. S., Van Dorn, R. A., Elbogen, E. B., Wagner, H. R., Rosenheck, R. A., Stroup, T. S., McEvoy, J. P., & Lieberman, J. A. (2006). A National Study of Violent Behavior in Persons with Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 63, 490-499.
- Swartz, M. S., Swanson, J. W., Hiday, V. A., Borum, R., Wagner, R., & Burns, B. J. (1998a). Violence and Severe Mental Illness: The Effects of Substance Abuse and Nonadherence to Medication. *American Journal of Psychiatry*, 155, 226-231.
- Swartz, M. S., Swanson, J. W., Hiday, V. A., Borum, R., Wagner, R., & Burns, B. J. (1998b). Taking the wrong drugs: the role of substance abuse and medication noncompliance in Violence among Severely Ill Individuals. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 33, S75-S80.
- Tehrani, J. A., & Mednick, S. A. (2000). Etiological Factors Linked to Criminal Violence and Adult Mental Illness. Dans S. Hodgins, (Ed.), *Violence among the Mentally Ill Effective Treatments and Management Strategies* (pp. 59-75). Netherlands: Kluwer Academic Publishers.

- Tengström, A., Grann, M., Langström, N., & Kullgren, G. (2000). Psychopathy (PCL-R) as a Predictor of Violent Recidivism among Offenders with Schizophrenia. *Law and Human Behavior, 24*, 45-58.
- Teplin, L. A. (1990). The Prevalence of Severe Mental Disorder Among Male Urban Jail Detainees: Comparison with the Epidemiologic Catchment Area Program. *American Journal of Public Health, 80*, 663-669.
- Tiihonen, J. (2001). Recidivistic Violent Behavior and Axis I and Axis II Disorders. Dans G.F., Pinard, & L. Pagani (Eds.), *Clinical Assessment of Dangerousness Empirical Contributions* (pp. 121-134). Cambridge: Cambridge University Press.
- Tiihonen, J., Isohanni, M., Räsänen, P., Koironen, M., & Moring, J. (1997). Specific Major Mental Disorders and Criminality: A 26-Year Prospective Study of the 1966 Northern Finland Birth Cohort. *American Journal of Psychiatry, 154*, 840-845.
- Torrey, E. F. (1994). Violent Behavior by Individuals with Severe Mental Illness. *Hospital and Community Psychiatry, 45*, 653-662.
- Vartiainen, H., Tiihonen, J., Putkonen, A., Koponen, H., Virkkunen, M., Hakola, P., & Lehto, H. (1995). Citalopram, a selective reuptake inhibitor, in the treatment of aggression in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 91*, 348-351.
- Wallace, C., Mullen, P. E., & Burgess, P. (2004). Criminal Offending in Schizophrenia Over a 25-Year Period Marked by Deinstitutionalization and Increasing Prevalence of Co-morbid Substance Use Disorders. *American Journal of Psychiatry, 161*, 716-727.
- Wallace, C., Mullen, P., Burgess, P., Palmer, S., Ruschena, D., & Browne, C. (1998). Serious Criminal Offending and Mental Disorder. *The British Journal of Psychiatry, 172*, 477-484.

- Walsh, E., Buchanan, A., & Fahy, T. (2002). Violence and Schizophrenia: Examining the Evidence. *The British Journal of Psychiatry*, 180, 490-495.
- Weller, E. B., Rowan, A., Elia, J., & Weller, R. A. (1999). Aggressive Behavior in Patients With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Conduct Disorder, and Pervasive Developmental Disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 5-11.
- Yesavage, J. A. (1983). Bipolar Illness: Correlates of Dangerous Inpatient Behaviour. *The British Journal of Psychiatry*, 143, 554-557.